Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 38 · numéro 10 · octobre 2018

Dans ce numéro

395 Éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des soins de santé destinés aux adultes souffrant d'une déficience intellectuelle ou développementale : qu'en dit le personnel?

405 Cancer du sein : méthode de détection, intervalle diagnostique et recours aux unités d'évaluation diagnostique spécialisées en Ontario (Canada)

416 Association entre le sentiment d'appartenance à l'école, la participation à l'intimidation et divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les jeunes dans deux provinces canadiennes : une étude COMPASS

429 *Aperçu*
Intégrer l'équité : examen d'interventions visant l'amélioration de la santé mentale

434 *Aperçu*
Quel est l'état de santé des Canadiens? Brève mise à jour

440 *Avis de publication*
Résultats 2017 du Programme canadien de surveillance pédiatrique

441 Autres publications de l'ASPC

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2018

ISSN 2368-7398
Pub. 170296
PHAC.HPCDP.Journal-Revue.PSPMC.ASPC@canada.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.01f

Recherche qualitative originale

Éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des soins de santé destinés aux adultes souffrant d'une déficience intellectuelle ou développementale : qu'en dit le personnel?

Avra Selick, M.A. (1); Janet Durbin, Ph. D. (1,2); Ian Casson, M.D. (3); Jacques Lee, Ph. D. (4); Yona Lunsky, Ph. D. en psychologie clinique (2,5)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les adultes souffrant d'une déficience intellectuelle ou développementale (DID) présentent des taux de morbidité élevés et risquent davantage de ne pas recevoir de soins préventifs. Les services d'urgence des hôpitaux et les cliniques de soins primaires sont d'importants points d'entrée dans le système de soins de santé. Améliorer les soins dans ces lieux est susceptible d'améliorer les activités préventives, le dépistage précoce des maladies et la gestion courante. Nous avons étudié les éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des soins de santé destinés aux patients souffrant d'une DID dans trois établissements de soins primaires et trois services d'urgences de l'Ontario.

Méthodologie. Les sources de données consistaient notamment en des journaux de mise en œuvre structurée sur chacun des sites, des discussions de groupe (n = 5) et des entrevues (n = 8). Les éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des soins de santé ont été codés par déduction à partir du Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Les thèmes de plus haut niveau ont été obtenus en faisant la synthèse des discussions et des examens de l'équipe de recherche. L'accent a été mis sur les différences entre les sites de mise en œuvre de haut et de bas niveau.

Résultats. Mis au défi de privilégier l'amélioration des soins destinés à une population complexe de petite taille, les sites ont atteint divers niveaux de mise en œuvre. Disposer de lignes directrices à l'échelle nationale, utiliser des données locales pour montrer les besoins et mettre en commun les données probantes sur l'intérêt du projet ont constitué des stratégies de mobilisation importantes. Les sites de mise en œuvre de haut niveau ont présenté des facteurs particuliers, comme la présence de fervents partisans, la conformité avec la mission du site et l'utilisation d'invitations ou de rappels électroniques. Les sites de mise en œuvre de bas niveau ont accueilli l'innovation plus passivement et ont présenté des capacités de mise en œuvre inférieures.

Conclusion. Il est indispensable de permettre aux groupes complexes de petite taille, comme celui les adultes souffrant d'une DID, de recevoir des soins efficaces afin de voir leur état de santé s'améliorer à long terme, mais cet objectif est difficile à atteindre. À l'échelle du système, des mesures d'incitation au financement, des moyens d'accès à l'expertise et l'amélioration des systèmes de dossiers électroniques pourraient améliorer les choses.

Points saillants

- Nous avons travaillé avec trois services d'urgence et trois cliniques de soins primaires de l'Ontario en vue de mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes visant à fournir des soins de grande qualité aux adultes souffrant d'une déficience intellectuelle ou développementale.
- Si certains sites ont fait des progrès considérables, d'autres ont eu des difficultés à s'améliorer de manière durable.
- Les meilleurs résultats ont été obtenus par les sites comportant de fervents partisans, ayant un intérêt pour ce groupe de patients et faisant usage d'outils automatisés sur le lieu d'intervention ou d'invitations électroniques visant à incorporer les nouvelles pratiques.
- Les sites qui ont obtenu les moins bons résultats ont été ceux aux prises avec un fort roulement de personnel, un personnel dont le moral était bas et une équipe d'encadrement ayant accueilli le projet avec passivité.
- Au vu des difficultés rencontrées, il est important d'offrir des appuis à l'échelle du système pour pouvoir diffuser plus largement cette intervention.

Mots-clés : déficience intellectuelle, déficiences développementales, mise en œuvre, soins de santé primaires, services médicaux d'urgence, amélioration de la qualité, éléments qui favorisent ou freinent la mise en œuvre

Rattachement des auteurs :
1. Programme de soutien au système provincial, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Département de médecine familiale, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
4. Institut de recherche Sunnybrook, Toronto (Ontario), Canada
5. Services axés sur les troubles de développement du cerveau, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Avra Selick, Programme de soutien au système provincial, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 33, rue Russell, Toronto (Ontario) M5S 2S1; tél. : 416-535-8501, poste 30127; courriel : avra.selick@camh.ca

Introduction

Les adultes souffrant d'une déficience intellectuelle ou développementale (DID) constituent une population extrêmement vulnérable qui nécessite des soins de santé complexes. Comparativement aux autres, les personnes souffrant d'une DID risquent davantage de contracter diverses maladies chroniques – diabète, insuffisance cardiaque congestive, bronchopneumopathie chronique obstructive, troubles épileptiques, troubles gastro-intestinaux et troubles psychiatriques – et sont moins susceptibles de recevoir des soins préventifs[1-4].

Pour améliorer l'état de santé des adultes souffrant d'une DID, il est nécessaire de cibler les services d'urgence (SU) et les établissements de soins primaires (ESP) dans le but d'accroître l'efficacité de leurs pratiques. Servant de principaux points d'entrée dans le système des soins de santé, les SU et les ESP jouent un rôle déterminant dans la pose de diagnostics précoces et fiables, l'intervention précoce et la liaison avec les personnes-ressources de la collectivité. Des études antérieures ont montré que, même si les adultes souffrant d'une DID présentent un taux de fréquentation des ESP et des SU respectivement similaire et supérieur à celui de la population générale[1], les soins qu'ils reçoivent dans ces lieux sont parfois insuffisants, voire inappropriés[5-7].

En effet, les SU et les ESP sont tous deux des lieux de soins généralistes, en ce sens qu'ils offrent des soins à une gamme variée de patients et qu'ils ne traitent pas exclusivement des adultes souffrant d'une DID. Or, l'état de santé des adultes souffrant d'une DID est souvent complexe[3] et ils peuvent en outre avoir du mal à exprimer leurs problèmes de santé[8]. Le personnel de ces établissements de santé généralistes ne possède habituellement pas les connaissances suffisantes sur les particularités que présente la santé des adultes souffrant d'une DID[9-13]. Ce personnel peut également avoir du mal à reconnaître les patients souffrant d'une DID, et donc à fournir des soins adaptés[13,14]. Enfin, il existe toujours au sein de la société des préjugés et des idées fausses sur les personnes souffrant d'une DID, et les professionnels des soins de santé n'en sont pas exempts[15-17]. Par *conséquent, améliorer la qualité des soins* dans ces lieux est susceptible de faire baisser la fréquentation des hôpitaux par ces personnes et d'améliorer leur état de santé à long terme.

Des stratégies fondées sur des données probantes visant à améliorer la qualité des soins destinés aux patients souffrant d'une DID offerts dans ces lieux sont en train de voir le jour[9,18,19], mais la manière de mettre en œuvre ces stratégies a encore été relativement peu étudiée. Changer les pratiques peut se révéler difficile[20], si bien que les interventions qui portent fruit dans un contexte de recherche s'avèrent souvent impossibles à mettre en pratique[21,22]. Les efforts à déployer systématiquement pour améliorer les soins donnés aux adultes souffrant d'une DID sont d'autant plus importants que ces personnes représentent seulement environ 1 % de la population[23], et donc qu'on peut les considérer comme étant moins prioritaires que d'autres groupes de patients atteints d'une maladie plus commune. Quelques études réalisées au Royaume-Uni et en Australie ont examiné les obstacles auxquels se heurte l'amélioration des soins dans les ESP[9], mais elles se sont limitées à l'examen des commentaires formulés par les médecins, si bien que, étant donné les différences qui existent entre les systèmes de soins de santé, ces études ne sont pas forcément adaptables au contexte canadien. Nous avons trouvé seulement une étude, réalisée au Royaume-Uni, sur les éléments qui freinent l'amélioration des soins dans les SU[24]. Aucune des études que nous avons utilisées dans notre étude n'a fait état de l'adoption d'une stratégie de mise en œuvre structurée et graduelle ni ne s'est montrée susceptible d'accroître les chances de succès de la mise en œuvre[22].

Dans notre étude, nous avons aidé trois SU et trois ESP de l'Ontario à mettre en œuvre un processus structuré de changement des pratiques dans le but d'améliorer les soins destinés aux adultes souffrant d'une DID. Sur chacun des sites, l'amélioration a porté sur trois éléments communs essentiels : 1) le recensement des patients souffrant d'une DID, 2) la prestation de soins modifiés (c.-à-d. adaptés sur le plan de la communication, améliorés sur le plan de la planification des autorisations de sortie et en liaison avec la collectivité) et 3) la formation et le soutien du personnel. Ces éléments essentiels ont été établis grâce aux informations fournies par les patients, les familles, les médecins, la littérature scientifique et, le cas échéant, les lignes directrices en vigueur. L'intervention dans les ESP (bilan de santé périodique) a fait l'objet d'une recommandation dans le Guide de pratique clinique canadien sur les soins primaires offerts aux adultes souffrant d'une DID[18] tandis que celle dans les SU comportait des stratégies fondées sur des données probantes mais ne faisaient pas l'objet de recommandation dans des normes ou des lignes directrices équivalentes. Ces éléments communs essentiels ont été adaptés au contexte de chaque site en fonction des commentaires formulés par les patients, les familles et les médecins. Des descriptions plus détaillées du type d'intervention retenue et de sa mise en œuvre ont été publiées ailleurs[6,25,26,27].

Cet article décrit le point de vue du personnel sur l'ampleur de la mise en œuvre atteinte, ainsi que sur les éléments qui ont favorisé ou freiné cette mise en œuvre sur les six sites faisant l'objet de l'étude. Les résultats de cette étude sont susceptibles d'enrichir les connaissances sur les stratégies visant à améliorer la qualité des soins destinés aux adultes souffrant d'une DID sur ce genre de sites essentiels et s'ajoute aux précédents travaux menés sous l'angle des bénéficiaires des services[26-31].

Méthodologie

Mise en œuvre

Nous avons utilisé sur les six sites de l'étude un processus de mise en œuvre graduelle et structurée qui a suivi les quatre étapes du modèle du National Implementation Research Network (NIRN)[22] :

- Exploration : sensibilisation et mobilisation du personnel
- Préparation : planification et mise en œuvre des changements requis en tenant compte des spécificités du site
- Mise en œuvre initiale : étape préliminaire de l'intervention : collecte de commentaires pour pouvoir raffiner et améliorer le processus.
- Mise en œuvre complète : intégration complète de l'intervention dans les pratiques courantes.

L'exploration a commencé sur les deux premiers sites (SU1 et ESP1) au printemps 2012, puis sur les quatre autres sites au printemps 2013. L'étude a été achevée en mars 2015 et les données de suivi collectées de mars à juillet de la même année.

La mise en œuvre a reçu l'appui d'un partenariat conclu entre l'équipe de recherche principale et une équipe du site composée d'au moins un responsable local (un médecin ou un administrateur chevronné) et un conseiller en mise en œuvre rémunéré. Sur certains sites, le responsable local a recruté du personnel supplémentaire (médecins, personnel infirmier, travailleuses et travailleurs sociaux, personnel administratif) pour assister l'équipe de mise en œuvre. L'équipe principale a utilisé ses connaissances poussées sur le contenu et elle a apporté, avec l'aide des médecins, des patients ou des familles selon l'outil, le soutien nécessaire à la conception et l'adaptation des outils de chacun des sites ainsi qu'à la gestion globale du projet. L'équipe de mise en œuvre locale a été chargée de la mise en œuvre en interne des changements à apporter aux pratiques, notamment de la logistique associée à l'intégration des nouveaux processus et des nouvelles ressources, ainsi qu'à la mobilisation et à la formation du personnel du site.

Sources des données

Le tableau 1 offre un aperçu de la collecte des données par site.

Journal de mise en œuvre

À chacun des stades de la mise en œuvre, un modèle structuré a été utilisé pour enregistrer les progrès accomplis (état d'avancement, activités à l'origine des progrès, éléments ayant favorisé ou freiné le processus, etc.) sur chacun des sites. Chaque journal a été régulièrement mis à jour durant l'étude, au minimum à mi-chemin et à la fin de l'étude, par un évaluateur de l'équipe principale qui s'est appuyé sur des entrevues du conseiller en mise en œuvre du site et, au besoin, d'autres membres du personnel. Un site (ESP3) a abandonné l'étude précocement et a, en conséquence, atteint seulement un point d'achèvement. Pour optimiser la cohérence et la fiabilité, toutes les entrevues ont été réalisées par le même évaluateur. L'atteinte de plusieurs points d'achèvement était essentielle pour permettre de saisir l'évolution de l'expérience avec le temps et faire en sorte d'éviter les pertes de données dues aux distorsions mémorielles ou au roulement de personnel.

Entrevues avec le personnel et discussions de groupe

À l'issue de l'étude, nous avons réalisé des discussions de groupe, ou des entrevues individuelles quand la participation à ces discussions a été impossible, avec les équipes chargées de la mise en œuvre sur les sites et en utilisant un modèle semi-structuré. Ce modèle, fondé sur la littérature traitant de la mise en œuvre[21,32-34], a permis d'examiner les éléments qui ont favorisé ou freiné la mise en œuvre, la valeur ajoutée de la facilitation du processus de mise en œuvre et les stratégies adoptées pour garantir la viabilité.

Comme le montre le tableau 1, sur les six sites, on a réalisé 8 entrevues individuelles et 5 discussions de groupe ayant réuni 27 personnes au total. La participation a varié selon les sites en raison de différences dans la taille et la composition des équipes de mise en œuvre sur ces sites. Les discussions de groupe ont duré environ une heure et les entrevues individuelles en général 15 à 30 minutes. Elles ont toutes été enregistrées numériquement et transcrites.

Si l'équipe de recherche a appuyé aussi bien le processus de la mise en œuvre que celui de l'évaluation, les fonctions ont été séparées et les évaluateurs n'ont pas participé au soutien à la mise en œuvre.

TABLEAU 1
Collecte des données par site

Site	Discussions de groupe (n)	Entrevues (n)	Journaux de mise en œuvre (n)
ESP1	1 (7 participants)	1	2
ESP2	1 (2 participants)	0	2
ESP3	0	5	1
SU1	1 (10 participants)	1	2
SU2	1 (5 participants)	0	3
SU3	1 (3 participants)	1	3

Abréviation : ESP, établissement de soins primaires; SU, service d'urgence.

Analyse

Le stade de mise en œuvre atteint a été déterminé d'après les journaux de mise en œuvre et les commentaires formulés durant les discussions de groupe, puis les notes finales ont été vérifiées par les responsables de la mise en œuvre.

Nous avons répertorié les éléments qui favorisent ou freinent la mise en œuvre grâce à des analyses déductives réalisées sur l'ensemble des sources de données de l'étude d'après le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)[21], tout en intégrant les nouveaux thèmes émergents. Le CFIR, conçu en faisant la synthèse des théories de mise en œuvre préexistantes, a offert une typologie globale des facteurs qui influent sur la réussite d'une mise en œuvre, à partir de laquelle les chercheurs ont pu tirer les constructions les mieux adaptées à leurs recherches. L'utilisation du CFIR a permis de faire des comparaisons croisées des études, ce qui a aidé à mieux comprendre les fondamentaux de la réussite d'une mise en œuvre[35].

Les constructions du CFIR sont regroupées en cinq grandes catégories. Quatre d'entre elles ont été utilisées dans cette étude : les caractéristiques de l'intervention (p. ex. la pertinence des données probantes, la complexité de la population cible), les caractéristiques externes (p. ex. les règles et les ressources du système), les caractéristiques internes (p. ex. la culture de l'organisation, le leadership, la compatibilité de l'intervention avec l'objectif du programme) et le processus de mise en œuvre (p. ex. la participation des principaux intervenants, l'équipe de mise en œuvre). La cinquième catégorie – les caractéristiques des personnes participantes (p. ex. leurs connaissances et leur attitude) – n'a pas été utilisée, car l'étude ayant été axée sur les facteurs organisationnels, nous n'avons pas recueilli de données sur les caractéristiques des membres du personnel.

Toutes les transcriptions ont été révisées et codées conformément au CFIR. Une synthèse de premier niveau a été faite sur les sources de données de chacun des sites. Trois membres de l'équipe se sont concentrés sur les différences entre les sites de mise en œuvre de haut niveau et ceux de bas niveau, et ont réalisé une synthèse des thèmes de tous les sites au moyen d'examens et de discussions. L'exactitude des

résultats finaux a été validée par les responsables de la mise en œuvre sur le site. Nous avons extrait des citations des discussions de groupe et des entrevues pour illustrer les résultats.

Le comité d'éthique pour la recherche de l'établissement d'attache des membres de l'équipe de recherche et des établissements d'enseignement associés aux sites participants a approuvé l'étude.

Résultats

Stade de mise en œuvre atteint

L'ampleur de la mise en œuvre atteinte par chacun des sites a varié à chacune des quatre étapes du modèle du NIRN (figure 1). Sur les six sites, l'un (ESP1) a effectué une mise en œuvre complète, quatre (SU1, SU2, SU3 et ESP2) ont effectué des mises en œuvre partielles mais n'ont pas été en mesure d'intégrer complètement l'intervention dans leurs pratiques régulières durant la période de l'étude et le dernier (ESP3) n'a pas dépassé le stade de l'exploration.

Éléments qui ont favorisé ou freiné la mise en œuvre

Ces éléments ont été organisés conformément au CFIR. Le tableau 2 offre un aperçu des thèmes répertoriés.

Caractéristiques de l'intervention et de la population

Un frein à la mise en œuvre a été constaté sur tous les sites : les adultes souffrant d'une DID représentent seulement une infime partie des patients. Qui plus est, cette population a la caractéristique d'avoir de grands besoins, d'être hétérogène et de demander au personnel soignant, qui est souvent mal à l'aise avec ces personnes ou qui connaît mal le traitement, de lui consacrer beaucoup de temps.

> Il s'agit d'un aspect complexe de la mise en œuvre. C'est une population ayant de grands besoins que l'on ne rencontre pas tous les jours. En un sens [...] et j'ai pas mal d'expérience en mise en œuvre, c'est la raison pour laquelle ce que nous avons accompli est si impressionnant [...] cela signifie généralement qu'il n'y a aucune compréhension. La complexité de leur situation et le fait qu'on n'ait pas souvent affaire à eux provoquent généralement un blocage. (un responsable du SU1)

Au sein des ESP, ce frein a été, dans une certaine mesure, compensé par le fait que l'intervention reposait sur le Guide national de pratique clinique, que les répondants ont considéré comme leur fournissant une légitimité et qu'ils se sont sentis tenus de mettre en œuvre en raison d'une certaine pression externe. En revanche, aucune ligne directrice n'a été établie pour tirer parti de l'intervention dans les SU.

Caractéristiques externes

Les répondants ont accordé moins d'importance aux caractéristiques externes. Toutefois, un aspect a été évoqué dans les SU, notamment dans celui de mise en œuvre de plus bas niveau (ESP3) : le manque de mesures financières incitatives visant à stimuler l'intérêt pour cette étude. Il s'agit d'une population difficile à traiter, ce qui prend du temps, si bien que certains ont considéré que les médecins auraient besoin de mesures financières incitatives pour favoriser la mise en œuvre.

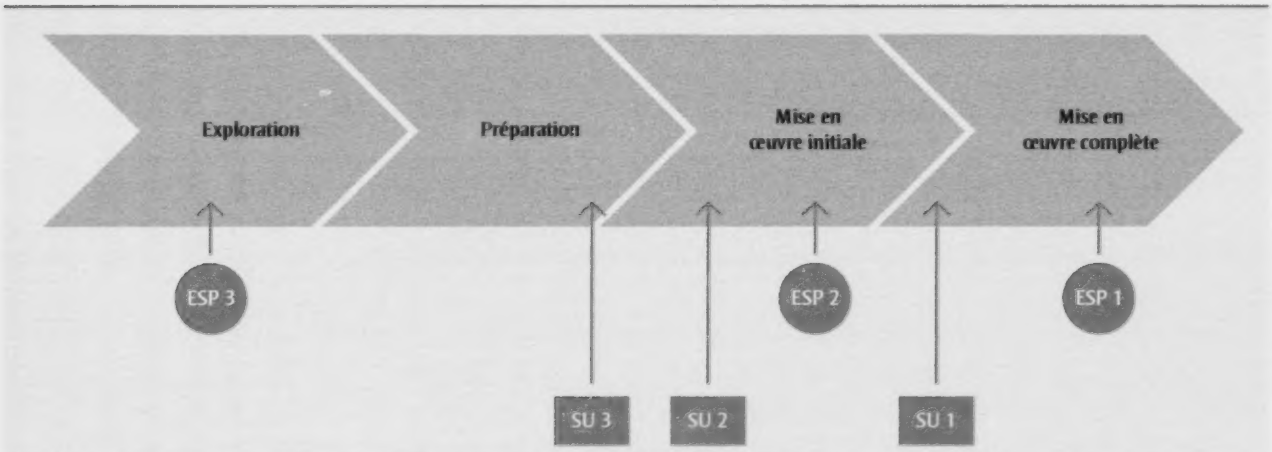
> J'aimerais dire que ce n'est pas le cas. Je ne crois pas que nous courrions après l'argent. En revanche, c'est sûr que, quand il existe des mesures financières incitatives pour faire quelque chose, on a plus tendance à le faire. C'est triste à dire, mais des mesures financières incitatives nous inciteraient à faire un suivi, à faire en sorte de voir tout le monde. (un médecin de l'ESP3)

Caractéristiques internes

La plupart des commentaires ont porté sur des questions relatives aux caractéristiques internes. Sur l'ensemble des six sites, un obstacle récurrent a été le manque de ressources, si bien que, obligé de s'occuper de plusieurs projets en même temps, le personnel était débordé.

> C'est la même chose à chaque changement dans la pratique : il y a une compétition pour l'oxygène et la bande passante. Il existe toujours une longue liste de projets d'amélioration de la qualité et d'autres priorités. Par conséquent, il faut toujours qu'on voie plus de personnes et, en

FIGURE 1
Stade de mise en œuvre atteint par chaque site



Abréviations : ESP, établissement de soins primaires; SU, service d'urgence.

TABLEAU 2
Catégories et thèmes répertoriés

Catégorie	Thèmes (d'après la construction du CFIR)
Caractéristiques de l'intervention *Facteurs associés à la perception de l'intervention par le personnel du site (et la population cible)*	• Population atteinte d'une maladie rare (avantage relatif) • Population hétérogène ayant de grands besoins (complexité) • Données probantes de l'intervention (pertinence et qualité des éléments de preuve)
Caractéristiques externes *Facteurs associés à un système externe au site de l'étude*	• Mesures financières incitatives ou obligations visant à effectuer l'intervention (mesures incitatives et règles externes)
Caractéristiques internes *Facteurs internes au site de l'étude*	• Initiatives et demandes concurrentes pour les ressources du site (priorité relative) • Conformité de l'intervention avec la culture et la mission de l'organisation (compatibilité) • Expérience de la recherche et de l'amélioration de la qualité (état de préparation à la mise en œuvre) • Moment de la mise en œuvre (état de préparation à la mise en œuvre) • Nombre a priori de patients souffrant d'une DID sur le site (priorité relative) • Partisans des soins et leadership de la haute direction (motivation du personnel d'encadrement) • Ressources humaines disponibles (ressources disponibles)
Processus *Facteurs associés au processus de mise en œuvre de l'intervention*	• Motivation du personnel (motivation) • Composition de l'équipe de mise en œuvre et compétences de cette équipe (responsables officiels de la mise en œuvre en interne) • Rôle de l'équipe de recherche (agents de changement externes) • Utilisation d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux électroniques pour garantir la viabilité (exécution) • Recensement anticipé (exécution) • Temps de mise en œuvre disponible (exécution)

Abréviations : CFIR, Consolidated Framework for Implementation Research; DID, déficience intellectuelle ou de développement.

> même temps, nous devons réduire les temps d'attente, nous laver davantage les mains et faire ce sur quoi l'organisation a décidé de mettre l'accent. (un commis du SU1)
>
> Je crois que cette question est évacuée au profit de nombreux autres problèmes. Parfois, la diligence raisonnable ne figure pas en haut de la liste des priorités, car il y a tout simplement tellement d'autres choses à faire. (un responsable de l'ESP2)

Même s'il existe ce point de départ commun, il reste que l'existence d'éléments favorisant la mise en œuvre, comme la conformité avec la mission du site, l'expérience de la recherche et de l'amélioration de la qualité, le moment choisi, l'impression qu'il existe un nombre élevé de patients souffrant d'une DID, un fort leadership et la disponibilité des ressources ont permis à certains sites de donner priorité à ce travail. Ces éléments sont décrits en détail ci-dessous.

Les sites ayant obtenu les meilleurs résultats ont tous insisté sur le fait que la valeur associée à l'intervention coïncidait avec la culture et la mission de leur organisation, comme la collaboration (ESP1), l'amélioration et l'innovation (SU1 et ESP2), les soins axés sur le patient (SU2) et les populations marginalisées (ESP2). Certains sites ont également souligné que leur expérience en matière de recherche et d'amélioration de la qualité avait été bénéfique (ESP1, ESP2, SU1, SU2) et que le fait qu'une petite partie du financement ait été associée au projet avait aidé (SU2).

> Si nous nous sommes lancés dans ce projet, c'est en partie en raison des soutiens et du cadre. La manière dont le projet s'est inscrit dans notre manière de voir les choses a également été importante. (le directeur du SU2)
>
> Nous aimons [les projets] qui nous permettent de suivre une approche visant à améliorer la qualité et qui est susceptible d'être collaborative ainsi qu'interdisciplinaire. Cela est donc en phase avec tous ces objectifs, ça concorde parfaitement. (un coordinateur de programme clinique de l'ESP1)

En revanche, les sites ayant obtenu les moins bons résultats ont signalé l'existence de problèmes liés au bas moral du personnel, à l'épuisement professionnel et à la fatigue ressentie à l'égard du changement (SU3) ou à un milieu de travail axé sur la rentabilité plutôt que sur la collaboration (ESP3). Ces sites ont attiré l'attention sur le fait que, même si donner des soins de grande qualité aux adultes souffrant d'une DID était important, cela n'était pas leur priorité numéro un ou que c'était un service que, selon eux, ils offraient déjà (SU3, ESP3).

> Selon moi, nous sommes conscients que ces personnes ont besoin de soins adaptés et nous souhaitons nous occuper d'elles [...] J'imagine que les gens n'ont pas vu ça comme un problème plus important que certains autres. (un médecin de l'ESP3)

Plusieurs sites se sont heurtés à des problèmes liés au choix du moment, qui était défavorable, parallèlement à des changements structurels majeurs ou de graves perturbations du processus de consultation qui avaient préséance, comme une restructuration organisationnelle (ESP2, SU3), l'adoption d'un nouveau logiciel de gestion des dossiers médicaux électroniques (SU3, ESP3), un déménagement (ESP3) ou une crise sanitaire localisée nécessitant une intervention du SU (SU2).

> Il y a les changements de quart des infirmières gestionnaires [...] le départ des gestionnaires du personnel administratif [...] les personnes très compétentes en implantation de système qui acceptent d'autres postes. Avec une telle agitation, il est très difficile d'avoir la prise nécessaire pour faire avancer les choses. (un responsable de l'ESP2)

Un autre facteur important a été l'existence d'un intérêt préalable à cette population. L'ESP1 a signalé avoir un nombre relativement élevé de patients souffrant d'une DID comparativement aux autres ESP, ce qui a facilité l'adhésion au projet.

> Un assez grand nombre de nos patients sont des adultes souffrant d'une DID, si bien que [...] beaucoup de personnes se sont montrées intéressées par le sujet. Pour nous, cela a été un beau projet. (un coordinateur de soins cliniques de l'ESP1)

D'autres sites ont, au départ, pensé que peu de leurs patients souffraient d'une DID, si bien qu'ils n'ont pas perçu la pertinence du projet. Dans certains cas, il a été possible de changer cette perception en informant le personnel que, au vu des données existantes, les adultes souffrant d'une DID recevaient beaucoup de services, et, sur un site, grâce à un événement sentinelle ayant concerné un patient souffrant d'une DID. En revanche, dans les autres cas, la perception n'a pas changé.

Le leadership a manifestement distingué les sites ayant obtenu les meilleurs résultats de ceux ayant obtenu les moins bons. Ceux ayant obtenu les meilleurs résultats (SP1, ESP2, UC1, UC2) avaient de fervents partisans de l'approche clinique et ont bénéficié de l'appui de leur haute direction. Souvent, les partisans qui se sont mis en avant avaient des liens personnels avec des personnes souffrant d'une DID ou possédaient une expérience considérable du traitement de ces personnes.

> Je crois que les membres de l'équipe sont des leaders et qu'ils étaient des partisans respectés et crédibles [...] Je crois que les personnes qui ont participé au projet jouissaient d'une grande crédibilité et de beaucoup de confiance auprès de leurs collègues [...] et cela est un élément important. (un conseiller en mise en œuvre du SU1)

Dans le cas des sites ayant obtenu de moins bons résultats (SU3, ESP3), la haute direction a adhéré au projet avec passivité.

> Il n'y a eu aucun soutien de la part du personnel d'encadrement. Cela a vraiment été très démoralisant. (un travailleur social auxiliaire de l'ESP3)

Tous les sites ont dû composer avec des demandes concurrentes ayant pris du temps au personnel, mais certains ont néanmoins décidé de donner priorité à ce projet et d'y consacrer des ressources. Il y a également eu des différences dans les ressources de base à disposition sur chacun des sites. Par exemple, le SU1 offrait des services sociaux à plein temps, alors que le SU2 et le SU3 en offraient très peu. Cela a nécessairement eu une incidence, et parfois même influé négativement, sur la manière dont l'intervention a été mise en œuvre, ainsi que sur le degré d'implication des divers corps de métier.

Processus

Si la motivation du personnel a joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre, cette dernière a, dans tous les cas, posé de multiples problèmes. Les équipes de mise en œuvre ont eu du mal à organiser des réunions avec le personnel des sites en raison de la forte demande de soins, à tel point que des réunions en cours ont même souvent été annulées (SU1, ESP2, ESP3), et les responsables des sites ont manqué de temps pour pouvoir informer de manière continue leur personnel (ESP2). Certains sites ont toutefois été en mesure d'adopter des stratégies créatives pour mobiliser leur personnel : processus visant à informer en continu les membres du personnel sur l'intervention et à en faire la promotion auprès d'eux, utilisation d'affiches, d'écrans de veille et de campagnes de publipostage hauts en couleur, etc.

> Je pense qu'il faut la [cette intervention] maintenir vivante. Lancer une campagne ponctuelle et poser quelques affiches à droite à gauche n'est pas suffisant. Elle doit, selon moi, être revitalisée régulièrement. (un éducateur en services cliniques du SU1)

Une importante stratégie adoptée dans le SU2 a été de faire participer des cliniciens de première ligne à la conception de l'intervention et de leur donner ainsi le sentiment d'être partie prenante au projet. L'ESP1 a souligné l'importance de permettre au personnel participant de se porter volontaire plutôt que d'être désigné, car cela permet de faire en sorte que les personnes qui se chargent de l'intervention soient motivées et dévouées.

> [...] la participation au projet n'a été imposée à personne. Seules les personnes vraiment intéressées par le sujet y ont pris part. (un coordinateur de programme clinique de l'ESP1)

Il a également été important de mobiliser les parties intéressées extérieures aux sites. Cela a été particulièrement vrai dans le cas des SU qui ont dû collaborer étroitement avec le secteur communautaire pour mettre en œuvre des outils de communication. Alors que l'un des sites de mise en œuvre de haut niveau (SU2) a indiqué avoir noué une excellente relation avec la collectivité, un site de mise en œuvre de bas niveau (SU3) a déclaré s'être heurté à de nombreux obstacles en raison de divergences de points de vue entre l'hôpital et la collectivité.

> Au début du projet, je me souviens avoir entendu [des représentants de la collectivité] dire "Vous êtes les experts. Nous sommes les experts en soins de courte durée, vous êtes les experts dans ce domaine. Partez du principe que nous ne savons rien. Enseignez-nous ce que nous devons savoir." Eh bien, je crois que cela a permis de bien évaluer l'expertise des autres et pas [...] nous avions besoin de l'expertise. Je pense que c'est ça l'essentiel. (le directeur du SU2)

> Je pense qu'ici, les organismes ont de vraiment bonnes relations avec les services d'urgence [...], mais le langage des services sociaux est si différent de celui du milieu de la santé que c'est parfois difficile. (un animateur communautaire du SU3)

Le fait qu'une équipe de mise en œuvre se compose de personnes issues de différents corps de métier a également été perçu comme un important élément favorable (ESP1, SU1, SU2). Lorsque tous les corps de métier n'étaient pas représentés, l'absence d'un groupe a inévitablement compliqué la mise en œuvre des aspects de l'intervention relatifs à ce groupe. Il a également été important que les membres

de l'équipe collaborent bien entre eux, qu'ils soient motivés par le projet et qu'ils possèdent les compétences requises.

> Eh bien, l'un des principaux enseignements est que c'est un travail d'équipe. Ce n'est absolument pas l'affaire d'une ou de deux personnes. Cela demande d'avoir des conseillers, [un ou une gestionnaire], [une infirmière enseignante ou un infirmier enseignant] et une personne-ressource médecin [...] Il faut vraiment suivre une approche axée sur le travail d'équipe. (un conseiller en mise en œuvre du SU2)

Sur les sites de mise en œuvre de bas niveau, des difficultés sont apparues quand les membres de l'équipe n'ont pas eu les compétences nécessaires pour mener à bien le projet et n'ont pas montré assez d'intérêt pour le projet ou bien quand ils n'ont pas eu l'autorité suffisante ou reçu le soutien nécessaire pour faire progresser le projet (SU3, ESP3).

> Je pense que le manque d'enthousiasme et de soutien [a été le plus grand obstacle] [...], car nous avons eu l'impression que l'inertie était telle qu'il était très difficile d'avancer [...] Par conséquent, si on ajoute à cela toutes les autres tâches, il n'est pas étonnant que le projet ne soit allé nulle part. Il a vraiment été facile de se dire : "quel intérêt puisque tout le monde s'en fiche". (un travailleur social auxiliaire de l'ESP3)

Les sites de mise en œuvre de bas niveau (SU3, ESP3) ont également dû faire face, en milieu de projet, au départ des principaux membres de l'équipe de mise en œuvre. Ces problèmes de personnel ont considérablement pesé sur les efforts à déployer pour effectuer la mise en œuvre.

La plupart des sites ont souligné que le soutien de l'équipe principale, notamment en raison des outils qu'elle a créés, de sa connaissance approfondie du contenu et de l'appui qu'elle a apporté sur le plan de la gestion de projet, a joué un rôle capital dans la réussite du projet, et ils ont eu le sentiment qu'il est peu probable qu'ils soient parvenus à mener le projet à bien si l'équipe principale n'avait pas été là.

Comme la population sur laquelle a porté le projet était composée de personnes qu'ils ne voyaient pas fréquemment, les sites ont trouvé qu'une formation ponctuelle était insuffisante. Les sites de mise en œuvre de haut niveau (SU1, ESP1, ESP2) ont ajouté dans leur logiciel de gestion des dossiers médicaux électroniques des invites, des indicateurs, des outils et des dispositifs de rappel automatiques. Les sites ne disposant pas de logiciel de gestion des dossiers médicaux électroniques assez souples ou qui n'ont pas pu ou voulu l'adapter ont éprouvé davantage de difficultés à garantir la viabilité du projet (ESP3, SU2, SU3).

À certains égards, les EPS ont été avantagés, car ils connaissent bien leurs patients, de sorte qu'ils ont pu rechercher à l'avance dans leur registre les patients souffrant d'une DID. En revanche, les visites dans les SU ne sont pas planifiées, si bien que la plupart des patients sont nouveaux, ce qui a compliqué la recherche des patients souffrant d'une DID.

Enfin, la mise en œuvre prend beaucoup de temps. Le SU1 et l'ESP1 ont eu l'avantage de bénéficier d'une année supplémentaire pour l'exploration. Bien qu'ils aient connu des revers et des faux départs, ce temps supplémentaire leur a donné la possibilité de se remettre. Quand les autres sites se sont heurtés à des difficultés imprévues, comme le fait d'avoir du mal à faire accepter le projet par le personnel du site ou de devoir composer avec des obstacles bureaucratiques (p. ex. des retards dans l'établissement des contrats, des problèmes pour obtenir l'approbation des comités d'éthiques), ils ont eu moins de temps pour préparer l'intervention et la mettre en œuvre. Le passage du stade de projet à celui de pratique viable s'est révélé être un obstacle qui a été long à lever. Si tous les sites avaient disposé du même laps de temps pour effectuer la mise en œuvre, les résultats pourraient avoir été différents.

> À mon avis, cela a vraiment confirmé ce que je savais déjà, à savoir que ce genre de projet prend du temps et qu'il fonctionne d'autant mieux que l'on est en mesure de susciter l'enthousiasme et que l'on dispose d'un partisan. Sinon, cela peut tourner au fiasco assez facilement. (un travailleur social auxiliaire de l'ESP3)

Analyse

Notre étude a examiné les éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des soins de santé destinés aux adultes souffrant d'une DID, une catégorie de personnes dont le traitement est d'une grande complexité et qui nécessite beaucoup de soins de santé. En dépit de l'importance reconnue à la nécessité d'une amélioration les soins pour cette catégorie ainsi que du soutien à une mise en œuvre structurée, tous les sites ont déclaré s'être heurtés à des difficultés et ils ont atteint des degrés divers de mise en œuvre.

Une difficulté initiale a été d'obtenir l'adhésion du personnel du site, c'est-à-dire de le convaincre de participer à la mise en œuvre. En effet, il existe toujours plusieurs projets concurrents, si bien que les interventions qui ciblent un nombre réduit de patients peuvent être perçues comme ayant un intérêt secondaire. Pour changer cette perception, un travail supplémentaire a été nécessaire pour montrer l'intérêt de cette intervention, si bien que la présence d'éléments favorables, comme la conformité avec la mission du site, l'existence de fervents partisans du projet et d'un intérêt préalable pour les personnes souffrant d'une DID et de lignes directrices à l'échelle nationale, a joué un rôle de premier plan dans la décision du site d'aller de l'avant. Cela concorde avec une étude antérieure qui a montré que l'un des principaux obstacles à l'amélioration des soins primaires destinés aux personnes souffrant d'une DID était le peu d'intérêt a priori de l'intervention[9].

La plupart des sites de l'étude sont parvenus à atteindre le stade de mise en œuvre initiale mais, à l'issue de l'étude, la viabilité ne semblait assurée que sur un seul site. Cela s'explique, en partie, par le fait que, étant donné la nature de cette catégorie de patients, le personnel a relativement peu pratiqué cette intervention. En effet, la majeure partie des cliniciens voient rarement des patients souffrant d'une DID, si bien qu'ils ont peu d'occasions de mettre en pratique l'intervention et de l'intégrer à leurs activités quotidiennes. Nous avons constaté que, sans la mise sur pied d'un mécanisme de rappel, il est peu probable que le personnel puisse se souvenir d'effectuer l'intervention et de la marche à suivre pour ce faire. Les commentaires formulés par les sites ont indiqué que l'utilisation d'un mécanisme de rappel automatisé et d'invitations cliniques facilitait grandement l'intervention. Un suivi permettra d'évaluer l'efficacité de cette stratégie pour garantir la viabilité à long terme.

Outre ces obstacles, les sites de l'étude ont déclaré avoir rencontré un grand nombre d'éléments qui favorisent ou freinent la mise en œuvre présents dans la littérature portant sur ce sujet[32-34]. Les sites de mise en œuvre de haut niveau ont bénéficié de la présence de fervents partisans, de la conformité du projet avec la mission du site, de la capacité de faire de la recherche et d'améliorer la qualité, ainsi que de ressources humaines suffisantes. Les sites de mise en œuvre de bas niveau ont, quant à eux, été aux prises avec un moral bas, un roulement du personnel, un personnel peu motivé, un soutien passif du personnel d'encadrement, un manque de compétences ou de légitimité pour gérer le projet, ainsi qu'un manque de temps pour effectuer la mise en œuvre. De études antérieures sur la mise en œuvre de changements dans la pratique concernant les patients souffrant d'une DID ont fait état de l'existence d'obstacles similaires, comme le manque de ressources et d'appui de la part du personnel d'encadrement, l'insuffisance des moyens financiers et le peu d'intérêt a priori pour le projet[9,24].

Pour faciliter la diffusion de cette intervention, plusieurs stratégies systémiques sont susceptibles d'aider à lever certains des obstacles susmentionnés, à réduire la pression qui s'exerce individuellement sur les organisations, et à favoriser une mise en œuvre plus large. Pratiquement tous les sites de l'étude ont souligné le rôle fondamental joué par l'équipe principale et laissé entendre que la diffusion serait facilitée par un soutien continu à la mise en œuvre visant à donner de l'information, à tenir les ressources au courant et à donner de l'élan.

La mise en œuvre pourrait aussi être favorisée par l'établissement d'un registre centralisé des patients souffrant d'une DID, comme cela s'est fait ailleurs[36]. Cela permettrait de recenser les sous-groupes souvent invisibles qui, au sein de la population des personnes souffrant d'une DID, sont atteints de déficiences légères. Un registre pourrait être lié aux logiciels de gestion des dossiers médicaux électroniques. Cela permettrait de faciliter le recensement dans les SU débordés où cela s'avère difficile, et d'éliminer, dans les ESP, la nécessité de consulter manuellement les registres de patients, ce qui a été la méthode suivie par les ESP de l'étude et qui requiert beaucoup de personnel.

Une autre stratégie fondamentale de soutien est l'intégration par les fournisseurs de logiciel de gestion des dossiers médicaux électroniques des outils de lieux d'intervention centralisés et des invites automatisées concernant les patients souffrant d'une DID, ce qui éviterait à chacun des sites d'avoir à le faire individuellement. Sur la plupart des sites de l'étude, l'élargissement de la fonction des logiciels de gestion des dossiers médicaux électroniques a demandé beaucoup de temps et les sites qui n'ont pas eu les ressources pour faire les changements nécessaires ont, tous, moins bien réussi la mise en œuvre. Cela s'est révélé plus facile à accomplir dans les administrations ou les secteurs dotés d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux électroniques commun.

Les adultes souffrant d'une DID ont souvent besoin de séances de consultation plus longues, ce qui peut constituer un obstacle dans un modèle de soins de santé où les médecins sont rémunérés à l'acte. En Ontario, certaines procédures particulières (comme celles de dépistage du cancer) font déjà l'objet de paiements incitatifs, une stratégie qui pourrait être appliquée efficacement à cette catégorie de personnes. Toutefois, les études réalisées dans les administrations où des mesures financières incitatives existent portent à croire que, bien que ces mesures soient bénéfiques, elles ne sont pas, à elles seules, suffisantes pour obtenir un changement[12,37].

Cette intervention pourrait aussi être facilitée en améliorant les programmes de formation en médecine, en soins infirmiers et autres soins de santé, qui, à l'heure actuelle, portent relativement peu sur les personnes souffrant d'une DID[12,24,38,39]. Néanmoins, même en améliorant la formation, il reste que ces personnes forment un groupe complexe qu'une équipe de généralistes peut ne pas toujours être en mesure d'aider complètement. Aussi bien les SU que les ESP pourraient avoir intérêt à travailler avec des cliniciens spécialisés dans le traitement des adultes souffrant d'une DID. Un modèle à envisager est la présence d'infirmière ou d'infirmier de liaison auprès des personnes ayant des difficultés d'apprentissage, fonction qui existe au Royaume-Uni. Cette fonction consiste à améliorer, directement ou en appuyant l'équipe soignante, les soins reçus dans les hôpitaux par les personnes souffrant d'une DID. La recherche actuelle dans ce domaine est limitée, mais elle montre en général l'efficacité de ce modèle[24,40,41]. La prestation des soins primaires pourrait recevoir l'appui d'un modèle de renvoi aux pratiques ou de consultation des pratiques des ESP spécialisés dans le traitement des personnes souffrant d'une DID[12]. La combinaison de l'amélioration de la formation de tous les cliniciens et du soutien de spécialistes en DID pourrait aider à généraliser la prestation de soins de grande qualité dans les lieux de soins généralistes.

Points forts et limites

Relativement peu d'études, dont aucune réalisée au Canada, ont porté sur les éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des soins d'urgence et des soins primaires reçus par les adultes souffrant d'une DID. À notre connaissance, notre étude est la première au monde à avoir suivi une approche de mise en œuvre structurée et graduelle en vue d'améliorer les soins reçus par cette catégorie de personnes. Il a été démontré que cette approche permet d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre. L'un des points forts de cette étude est qu'elle a porté sur des sites situés dans trois localités différentes de l'Ontario. Cependant, chacun des sites existe dans un contexte particulier, si bien que les résultats ne sont pas forcément applicables à d'autres contextes. L'étude s'est inscrite dans le cadre d'une subvention conditionnelle à la participation des sites bénéficiaires. Il est donc probable que l'efficacité de la mise en œuvre aurait été inférieure dans le cas de sites sélectionnés aléatoirement.

L'étude étant sur les facteurs organisationnels et systémiques qui influent sur la mise en œuvre, nous n'avons pas recueilli de données sur les caractéristiques individuelles du personnel (la cinquième catégorie du CFIR), qui peuvent constituer des éléments supplémentaires susceptibles de favoriser ou de freiner la mise en œuvre. L'examen des résultats de l'intervention n'entrait pas non plus dans le cadre de l'étude. La prochaine étape de ce travail sera d'entamer un dialogue avec les patients souffrant d'une DID, leur famille et les prestataires de soins dans le but de découvrir si les nouvelles pratiques mises en œuvre répondent aux besoins des patients et améliorent l'efficacité des soins.

Conclusion

Il est indispensable de permettre à tout le monde de recevoir des soins efficaces et

adaptés pour améliorer l'état de santé de la population. En revanche, l'atteinte de cet objectif peut se révéler difficile dans le cas des catégories de personnes, comme celle des adultes souffrant d'une DID, qui sont des groupes restreints et complexes. Étant donné le caractère chronophage et très exigeant en ressources de la mise en œuvre, ainsi que l'importance d'offrir des soins axés sur des données probantes, il est fondamental de comprendre les facteurs qui favorisent la réussite du processus. Notre étude recense certains des éléments qui favorisent ou freinent l'amélioration des pratiques portant sur les adultes souffrant d'une DID dans les services d'urgence et les établissements de soins primaires. Dans le cas des sites ayant fait le plus de progrès, la présence de fervents partisans, la conformité du projet avec les priorités du site et l'utilisation des rappels électroniques ont été des éléments particulièrement favorables. Cette étude constitue un important ajout à la littérature sur les pratiques exemplaires de la mise en œuvre de soins destinés aux adultes souffrant d'une DID, et elle pourrait également servir à d'autres catégories de personnes atteintes d'une maladie rare.

Remerciements

Notre étude entre dans le cadre du Programme de recherche sur l'accès aux soins de santé et la déficience intellectuelle (H-CARDD). Nous tenons à exprimer notre reconnaissance au gouvernement de l'Ontario pour le soutien qu'il nous a apporté dans la réalisation de cette étude par l'intermédiaire de son programme de subventions pour la recherche. Les opinions, les résultats et les conclusions qui figurent dans cet article sont ceux de leurs auteurs et pas ceux du gouvernement provincial. Nous tenons à remercier le personnel des six sites qui ont participé à la mise en œuvre du projet et à son évaluation.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

YL a conceptualisé le projet. JD, JL, IC et YL ont conçu l'étude. AS a dirigé la collecte et l'analyse des données et la rédaction du manuscrit. JD et YL ont contribué à la synthèse des données. Tous les auteurs ont contribué à la discussion sur les résultats et leur interprétation, ainsi qu'à la rédaction du manuscrit, et ont approuvé sa version finale.

Le contenu de cet article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Lunsky Y, Klein-Geltink JE, Yates E. Atlas on the Primary Care of Adults with Developmental Disabilities in Ontario. Toronto (Ont.) : Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES); 2013.

2. Ouellette-Kuntz H, Cobigo V, Balogh R, Wilton A, Lunsky Y. The uptake of secondary prevention by adults with intellectual and developmental disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2015;28:43-54.

3. Ouellette-Kuntz H. Understanding health disparities and inequities faced by individuals with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2005;18:113-121.

4. van Schrojenstein Lantman-De Valk H, Metsemakers J, Haveman M, Crebolder H. Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. Fam Pract. 2000;17(5):405-7.

5. Ombudsman Ontario. Dans l'impasse. Enquête sur la réponse du ministère des Services sociaux et communautaires aux situations de crise vécues par des adultes ayant une déficience intellectuelle. Toronto (Ont.) : Ombudsman Ontario; 2016. En ligne à : https://www.ombudsman.on.ca/Files/sitemedia/Documents/NTT-Final-FR-w-cover-linked.pdf

6. Lunsky Y, Lake JK, Durbin J, et collab. Understanding and improving care for individuals with intellectual and developmental disabilities in the emergency department. dans Hodapp RM (dir.), International Review of Research in Developmental Disabilities, vol 47. Burlington : Academic Press; 2014. p. 1-37.

7. Cooper S, Hughes-Mccormack L, Greenlaw N, et collab. Management and prevalence of long-term conditions in primary health care for adults with intellectual disabilities compared with the general population: A population-based cohort study. J Appl Res Intellect Disabil. 2017:1-14.

8. Ziviani J, Lennox N, Allison H, Lyons M, Del Mar C. Meeting in the middle: improving communication in primary health care consultations with people with an intellectual disability. J Intellect Dev Disabil. 2004;29(3):211-225.

9. Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. The impact of health checks for people with intellectual disabilities: An updated systematic review of evidence. Res Dev Disabil. 2014;35(10):2450-2462.

10. Sowney M, Barr OG. Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units. J Adv Nurs. 2006;55(1):36-45.

11. Lunsky Y, Gracey C, Gelfand S. Emergency psychiatric services for individuals with intellectual disabilities: perspectives of hospital staff. Intellect Dev Disabil. 2008;46(6):446-455.

12. Walmsley J. An investigation into the implementation of annual health checks for people with intellectual disabilities. J Intellect Disabil. 2011;15(3):157-166.

13. Hemm C, Dagnan D, Meyer TD. Identifying training needs for mainstream healthcare professionals, to prepare them for working with individuals with intellectual disabilities: A systematic review. J Appl Res Intellect Disabil. 2015;28(2):98-110.

14. Bradley E. Learning disability in the accident and emergency department. Adv Psychiatr Treat. 2005;11(1):45-57.

15. While AE, Clark LL. Overcoming ignorance and stigma relating to intellectual disability in healthcare: A potential solution. J Nurs Manag. 2010;18(2):166-172.

16. Ouellette-Kuntz H. Attitudes of senior psychiatry residents toward persons with Intellectual Disabilities. Can J Psychiatry. 2003;48(8):538-545.

17. Lewis S, Stenfert-Kroese B. An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. J Appl Res Intellect Disabil. 2010;23(4):355-365.

18. Sullivan WF, Berg JM, Bradley E, et al. Soins primaires aux adultes ayant une déficience développementale : lignes directrices consensuelles canadiennes. Médecin de famille canadien. 2011;57: e154-68.

19. Lennox N, Bain C, Rey-conde T, Purdie D, Bush R. Effects of a comprehensive health assessment programme for Australian adults with intellectual disability: a cluster randomized trial. Int J Epidemiol. 2007;36:139-146.

20. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et collab. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA. 1999; 282(15):1458-1465.

21. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(50):40-55.

22. Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Statewide implementation of evidence-based programs. Except Child. 2013;79(2):213-230.

23. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011;32(2):419-436.

24. Tuffrey-Wijne I, Goulding L, Giatras N, et collab. The barriers to and enablers of providing reasonably adjusted health services to people with intellectual disabilities in acute hospitals: evidence from a mixed-methods study. BMJ Open. 2014;4:1-11.

25. Durbin J, Selick A, Casson I, et collab. Evaluating the implementation of health checks for adults with intellectual and developmental disabilities in primary care: The importance of organizational context. Intellect Dev Disabil. 2016;54(2):136-150.

26. Spassiani N, Abou Chacra M, Lunsky Y. "Why are you here? Can't you cope at home?": The psychiatric crisis of people with intellectual disabilities and the community's response. J Ment Health Res Intellect Disabil. 2017; 10(2):74-92.

27. Spassiani N, Sawyer A, Abou Chacra M, Koch K, Munoz Y, Lunsky Y. "Teaches people that I'm more than a disability:" Using nominal group technique in patient-oriented research for people with intellectual disabilities. Intellect Dev Disabil. 2016;54:112-122.

28. Iacono T, Davis R. The experiences of people with developmental disability in Emergency Departments and hospital wards. Res Dev Disabil. 2003;24(4): 247-264.

29. Baumbusch J, Phinney A, Baumbusch S. Practising family medicine for adults with intellectual disabilities: Patient perspectives on helpful interactions. Can Fam Physician. 2014; 60(7): 356-361.

30. Lunsky Y, Gracey C. The reported experience of four women with intellectual disabilities receiving emergency psychiatric services in Canada: a qualitative study. J Intellect Disabil. 2009;13(2):87-98.

31. Michell B. Checking Up On Des: My Life My Choice's research into annual health checks for people with learning disabilities in Oxfordshire. Br J Learn Disabil. 2012;40(2):152-161.

32. Stein BD, Celedonia KL, Kogan JN, Swartz HA, Frank E. Facilitators and barriers associated with implementation of evidence-based psychotherapy in community settings. Psychiatr Serv. 2013;64(12):1263-1266.

33. Torrey WC, Bond GR, McHugo GJ, Swain K. Evidence-based practice implementation in community mental health settings: The relative importance of key domains of implementation activity. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2012;39(5): 353-364.

34. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core Implementation Components. Res Soc Work Pract. 2009;19(5): 531-540.

35. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. Implement Sci. 2016;11(1):72.

36. Westerinen H, Kaski M, Virta L, Almqvist F, Iivanainen M. Prevalence of intellectual disability: a comprehensive study based on national registers. J Intellect Disabil Res. 2007;51(9): 715-725.

37. McConkey R, Taggart L, Kane M. Optimizing the uptake of health checks for people with intellectual disabilities. J Intellect Disabil. 2015; 19(3):205-214.

38. Burge P, Ouellette-Kuntz H, Isaacs B, Lunsky Y. Medical students' views on training in intellectual disabilities. Can Fam Physician. 2008;54:568-9-5.

39. Burge P, Ouellette-Kuntz H, McCreary B, Bradley E, Leichner P. Senior residents in psychiatry: views on training in developmental disabilities. Can J Psychiatry. 2002;47(6):568-571.

40. Foster J. Learning disability liaison nurses in acute hospitals: Is there evidence to support the development of this role? Learn Disabil Pract. 2005; 8(4):33-38.

41. Castles A, Bailey C, Gates B, Sooben R. Experiences of the implementation of a learning disability nursing liaison service within an acute hospital setting: A service evaluation. Br J Learn Disabil. 2014;42(4):272-281.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.02f

Recherche quantitative originale

Cancer du sein : méthode de détection, intervalle diagnostique et recours aux unités d'évaluation diagnostique spécialisées en Ontario (Canada)

Li Jiang, M. Sc. (1,2); Julie Gilbert, Ph. D. (3); Hugh Langley, M.D. (4); Rahim Moineddin, Ph. D. (5); Patti A. Groome, Ph. D. (1,2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Le cancer du sein est détecté soit par un examen de dépistage, soit à l'aide de signes et symptômes. Au Canada, les mammographies pour le dépistage du cancer du sein sont offertes dans le cadre de programmes organisés ainsi qu'en contexte indépendant (dépistage opportuniste). Les unités d'évaluation diagnostique (UED) de la province de l'Ontario sont des programmes en établissement qui fournissent des services diagnostiques coordonnés pour le cancer du sein, à la différence des soins habituels où le fournisseur de soins de première ligne organise les examens et les consultations. Cette étude décrit les méthodes de détection, l'intervalle diagnostique et l'utilisation des UED pour le cancer du sein en Ontario.

Méthodologie. L'étude a porté sur une cohorte de 6 898 femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein envahissant en 2011. Nous avons utilisé le Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario jumelé à des bases de données administratives sur les soins de santé. Nous avons déterminé la méthode de détection à l'aide des données du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et des demandes de règlement des médecins. L'intervalle diagnostique a été défini comme le temps écoulé entre le dépistage initial, l'aiguillage vers un spécialiste ou la première épreuve diagnostique et le diagnostic de cancer lui-même. Le parcours diagnostique (qu'il passe par les UED ou les soins habituels) a été déterminé en fonction des dossiers du PODCS et du lieu de biopsie ou d'intervention chirurgicale. Nous avons cartographié l'intervalle diagnostique et de la couverture des UED en fonction du lieu de résidence des femmes.

Résultats. En 2011, 36 % des cas de cancer du sein en Ontario ont été détectés par dépistage, dont 48 % chez des femmes de 50 à 69 ans. L'intervalle diagnostique provincial médian était de 32 jours, les médianes par comté variant entre 15 et 65 jours. À l'échelle provinciale, 48,4 % des cas ont été diagnostiqués dans une UED, ce pourcentage variant entre 0 et 100 % selon les comtés.

Conclusion. Le taux de détection au dépistage correspondant aux patientes admissibles du fait de leur âge s'est révélé inférieur au taux de dépistage officiel du cancer du sein pour l'ensemble de la population. La répartition géographique de l'intervalle diagnostique et du recours aux UED révèle des variations régionales dans les soins diagnostiques en oncologie qu'il est nécessaire de corriger.

Mots-clés : diagnostic ou tumeurs du sein, femme, services diagnostiques, détection précoce du cancer, diagnostic précoce, études transversales, recherche de services de santé

Points saillants

- En 2011, 48,4 % des cas de cancer du sein en Ontario chez les patientes qui étaient admissibles au dépistage du fait de leur âge ont été détectés par un examen de dépistage.
- Le délai médian entre la détection et le diagnostic de cancer du sein était de 4,6 semaines.
- On a relevé des écarts géographiques importants dans l'intervalle diagnostique et le recours aux services d'une unité d'évaluation diagnostique (UED) à l'échelle de l'Ontario.

Introduction

Le dépistage est important pour assurer un diagnostic précoce du cancer et améliorer ainsi les chances de survie[1]. Au Canada, les mammographies de dépistage du cancer du sein sont offertes dans le cadre de programmes organisés ainsi qu'en contexte indépendant (dépistage opportuniste)[2]. Le taux de participation aux programmes de dépistage du cancer du sein au sein de la population admissible au dépistage est considéré comme un indicateur important de l'efficacité du programme et est, de ce fait, surveillé systématiquement par les programmes[3]. Un taux de participation élevé au dépistage ne signifie pas nécessairement que tous les cancers du sein sont détectés par un programme. En fait, de

Rattachement des auteurs :

1. Division des soins contre le cancer et d'épidémiologie, Institut de recherche sur le cancer de l'Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
2. Institut de recherche en services de santé, Toronto (Ontario), Canada
3. Action Cancer Ontario, Toronto (Ontario), Canada
4. South East Regional Cancer Program, Kingston General Hospital, Kingston (Ontario), Canada
5. Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Patti A. Groome, Division des soins contre le cancer et d'épidémiologie, Institut de recherche sur le cancer de l'Université Queen's, 10 rue Stuart, 2e étage, Kingston (Ontario) K7L 3N6 Tél. : 613-533-6000, poste 78512; téléc. : 613-533-6794; courriel : groomep@queensu.ca

nombreux cas sont détectés lorsque la patiente consulte son médecin pour des signes ou symptômes de cancer du sein[4]. On manque d'études décrivant la proportion de patientes atteintes d'un cancer du sein détecté par examen de dépistage et non par manifestation symptomatique.

La période de diagnostic du cancer du sein est caractérisée par de nombreux rendez-vous pour des tests et des consultations diagnostiques et cette situation provoque souvent une détresse et une anxiété importantes chez les femmes et les personnes de leur entourage[5-7]. Un délai de trois mois ou plus peut faire en sorte que le cancer soit à un stade avancé au moment du diagnostic, ce qui réduit les chances de survie[8]. Selon les recommandations tirées des lignes directrices de 2007 pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein, 90 % des tests de dépistage anormaux doivent être traités dans un délai de 5 semaines, ou de 7 semaines si une biopsie tissulaire (par forage ou par chirurgie ouverte) est nécessaire[9]. Nous comparons donc systématiquement l'intervalle de temps entre un examen de dépistage anormal et un diagnostic final à ces cibles nationales des programmes de dépistage. En 2011, le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) a fait état d'une variation régionale importante relativement à l'atteinte des délais cibles pour les femmes dont les résultats au test de dépistage étaient anormaux[3]. Cependant, on en sait peu sur la durée de l'intervalle diagnostique à l'échelle de la population et sur ses variations possibles entre les régions de la province.

Les UED sont des programmes en établissement innovateurs qui visent à améliorer la rapidité et la qualité des services de soins diagnostiques[7]. Des initiatives similaires sont en place dans bon nombre d'administrations dans le monde[10,11]. En Ontario, les UED se présentent sous deux formes : centres affiliés d'évaluation de la santé du sein (centres affiliés)[12] et centres régionaux d'évaluation de la santé du sein. Les soins diagnostiques dans les centres affiliés sont fournis par une équipe de soins de santé multidisciplinaire qui compte une infirmière pivot chargée de coordonner le processus. Cela diffère du parcours diagnostique des soins habituels, au cours duquel le fournisseur de soins de première ligne de la patiente joue un rôle central pour l'aiguillage et la recommandation d'évaluations diagnostiques appropriées et de consultations de spécialistes[12-14]. L'infirmière pivot fournit aussi à la patiente un soutien psychologique et informationnel. Tout centre affilié doit satisfaire à des critères organisationnels minimaux en matière de ressources de services diagnostiques pour le cancer du sein et de disponibilité pour conserver son titre[13]. Le processus diagnostique dans les centres régionaux d'évaluation de la santé du sein est moins bien documenté, mais les objectifs et les structures de ces centres sont similaires à ceux des centres affiliés.

Notre étude vise à décrire, pour l'ensemble des patientes atteintes du cancer du sein en Ontario, 1) la méthode de détection du cancer, 2) la durée de l'intervalle diagnostique et ses variations géographiques et 3) la couverture des UED et ses variations géographiques. Elle constitue l'un des trois rapports découlant de notre étude en population générale sur l'utilisation des UED et sur l'intervalle diagnostique[14-16].

Méthodologie

Population à l'étude

La population à l'étude est composée de femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant primitif diagnostiqué en 2011 en Ontario (Canada). Nous avons exclu : 1) les femmes dont le dossier au registre d'inscription ne pouvait être jumelé à des données administratives, 2) les femmes vivant à l'extérieur de l'Ontario au moment du diagnostic et 3) les femmes n'étant pas assurées par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario depuis au moins trois ans avant le diagnostic[14,15].

Sources de données

Les données de l'étude sont issues du jumelage entre le Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario et les données administratives de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) et d'Action Cancer Ontario. Nous avons utilisé le Registre pour isoler les cas de cancer du sein et déterminer la date du diagnostic. Nous avons utilisé les données jumelées de stadification pour établir l'histologie et les stades de cancer. Nous avons défini le stade au moment du diagnostic à l'aide la 7e édition de la classification TNM[17,18]. La base de données du PODCS a fourni des renseignements sur les dates de dépistage, les résultats des examens de dépistage et le recours aux centres affiliés. La base de données des demandes de règlement du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), la base de données sur les congés des patients (BDCP) et la base de données sur la chirurgie d'un jour de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) contiennent des renseignements sur les procédures diagnostiques du cancer du sein ainsi que sur les dates et les médecins associés. Le PODCS a fourni une liste des hôpitaux affiliés et nous avons élaboré une liste des centres régionaux d'évaluation de la santé du sein en réalisant un sondage par courriel auprès des directeurs régionaux des soins primaires d'Action Cancer Ontario et des gestionnaires de programmes régionaux du PODCS.

Définitions de la méthode de détection, de l'intervalle diagnostique et de l'utilisation des UED

Nous avons déterminé les cas de cancer détectés au dépistage en remontant 12 mois avant la date de diagnostic de cancer pour les examens de dépistage anormaux selon le PODCS et 6 mois pour le dépistage opportuniste. Nous avons supposé qu'une patiente qui consultait pour des signes ou symptômes n'avait pas eu de cancer détecté au dépistage. Nous avons réduit la période de recherche à 6 mois plutôt que 12 pour les cas relevés au moyen du dépistage opportuniste car ces cas ont été isolés à l'aide des données des demandes de règlement, et celles-ci ne donnent pas les résultats des tests (ils se trouvent dans la base de données du PODCS). Le choix de la période de 6 mois repose sur les données probantes tirées des lignes directrices canadiennes[9,19] et sur notre observation selon laquelle moins de 5 % des résultats anormaux au dépistage du PODCS sont survenus entre 6 et 12 mois avant le diagnostic[15].

Nous avons défini l'intervalle diagnostique en calculant le nombre de jours entre la date du diagnostic de cancer et soit le dépistage initial, soit l'aiguillage à un spécialiste ou la première épreuve diagnostique en l'absence de dépistage (figure 1). Il s'agit de l'adaptation d'une stratégie utilisée pour le cancer colorectal[20]. La date du diagnostic de cancer a été obtenue dans le Registre d'inscription des cas de cancer de l'Ontario, et correspond généralement à la première occurrence d'une tumeur confirmée par un examen histologique ou cytologique, à une admission à l'hôpital ou

FIGURE 1
Mesure de l'intervalle diagnostique pour le cancer du sein

Source : Selon la méthodologie décrite dans Singh et collab.[20]

encore à une consultation externe. L'intervalle diagnostique a été analysé en tant que résultat à la fois continu et dichotomique à sept semaines, ce dernier résultat étant basé sur le plus long des deux délais cibles mentionnés précédemment[9,19].

Nous avons distingué l'utilisation des UED par les patientes ayant d'abord fait l'objet d'un dépistage dans le cadre du PODCS (patientes du PODCS) des autres, étant donné que le PODCS dispose d'une base de données qui assure le suivi de l'utilisation des centres affiliés d'évaluation de la santé du sein. On a considéré que les patientes du PODCS avaient reçu un diagnostic par une UED soit si elles avaient un dossier de règlement dans un centre affilié du PODCS, soit si elles avaient subi une biopsie ou une intervention chirurgicale dans le centre hospitalier d'une UED. On a supposé que sinon, le diagnostic avait été posé dans le cadre des soins habituels. On a considéré que les patientes restantes (dépistages opportunistes et patientes symptomatiques) avaient reçu un diagnostic d'une UED si elles avaient subi une biopsie ou une intervention chirurgicale dans le centre hospitalier d'une UED. Nous avons validé cette stratégie à l'aide du dossier du PODCS et avons établi que l'utilisation du dossier de biopsie ou d'intervention chirurgicale permettait d'obtenir une sensibilité de 90,1 % et une spécificité de 84,6 %[15].

Analyse statistique

Nous avons utilisé des proportions pour décrire les taux de détection de cancer du sein au dépistage et l'utilisation des UED. Les taux de détection au dépistage ont été répartis en trois groupes d'âge (moins de 50 ans, 50 à 69 ans, plus de 69 ans) en fonction des dernières lignes directrices canadiennes au moment de l'étude, bien que les lignes directrices en vigueur depuis novembre 2011 aient augmenté la limite d'âge supérieure pour l'établir à 74 ans[21]. Nous rendons compte de l'intervalle diagnostique médian puisque sa distribution est désaxée vers la droite. Nous faisons état de l'intervalle diagnostique et de la couverture des UED par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et par comté, les deux étant fondés sur le lieu de résidence de la patiente au moment du diagnostic. L'intervalle diagnostique à l'échelle du comté a été divisées en catégories pour la cartographie, avec des seuils assurant la présence d'un nombre raisonnable de comtés

dans chaque catégorie. La couverture des UED a aussi été catégorisée pour la cartographie. Afin de déterminer si des comtés adjacents pouvaient être combinés, nous avons calculé l'autocorrélation spatiale sur l'intervalle diagnostique à l'aide de l'indice global de Moran I, lequel prend des valeurs comprises entre −1 (dispersion spatiale parfaite) et 1 (agrégation spatiale parfaite), 0 représentant un modèle géographique aléatoire[22]. Pour l'analyse à l'échelle du comté, nous avons appliqué des régressions médianes unidimensionnelles et multidimensionnelles afin d'évaluer les variations géographiques non ajustées et ajustées selon le stade de l'intervalle diagnostique, puisque le diagnostic à un stade précoce s'est avéré de façon constante être associé à un intervalle diagnostique plus long[23]. L'étude a été approuvée sur le plan de l'éthique par le Health Sciences and Affiliated Teaching Hospitals Research Ethics Board de l'Université Queen's à Kingston (Ontario).

Résultats

La cohorte finale comptait 6 898 sujets. L'organigramme de la figure 2 décrit le processus de sélection de la cohorte. L'âge moyen était de 61,2 (écart-type : 13,5).

Sur les 6 898 patientes, 2 499 (36,2 %) avaient reçu un diagnostic de cancer après un dépistage et 4 399 (63,8 %) étaient symptomatiques. Le tableau 1 rend compte des taux de détection au dépistage par groupe d'âge. Chez les patientes dont le cancer avait été diagnostiqué par dépistage, 1 986 (79,5 %) avaient fait l'objet d'un dépistage par l'entremise du PODCS et pour 513 patientes (20,5 %), il s'agissait d'un dépistage opportuniste.

L'intervalle diagnostique médian était de 32 jours (écart interquartile : 17 à 60). Soixante-huit pour cent des patientes atteintes du cancer du sein ont reçu un diagnostic dans les limites de la cible de 7 semaines, et 10 % ont dû attendre 107 jours ou plus. Près de la moitié (48,4 %) des patientes ont reçu un diagnostic dans une UED. Le tableau 2 décrit l'intervalle diagnostique et l'utilisation des UED par RLISS. L'intervalle diagnostique médian variait entre 24 jours (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 20,6 à 27,4) dans le RLISS du Sud-Est et 41 jours (IC à 95 % : 34,7 à 47,3) dans le RLISS du Nord-Ouest ($p < 0,001$). Le pourcentage de patientes dont le diagnostic a été posé par l'entremise d'une UED varie entre 2,6 % (IC à 95 % : 0,7 % à 4,6 %) dans le RLISS de Simcoe-Nord Muskoka et 93 % (IC à 95 % : 90,2 à 95,8 %) dans le RLISS du Sud-Est ($p < 0,001$), ce qui prouve l'existence de différences régionales quant à la disponibilité des UED.

La carte de la figure 3 représente la répartition de l'intervalle diagnostique médian selon les comtés ontariens. Rien n'indiquait la présence d'une corrélation spatiale quant aux intervalles diagnostiques (indice global de Moran I = −0,02, p = 0,95), ce qui signifie que le regroupement des comtés voisins (tel qu'il est fait dans les rapports du RLISS) masque les variations. Les comtés affichant des intervalles diagnostiques plus longs sont répartis à l'échelle de la province, et les régions les plus peuplées (région du Grand Toronto) se classent au deuxième rang pour ce qui est de la longueur du temps d'attente pour les patientes. Comme le montre le tableau 3, 13 comtés sur 47 (deux comtés affichant des nombres inférieurs ne figurent pas dans cet article) ont affiché un intervalle diagnostique médian de plus de 7 semaines, la médiane variant entre 15 jours (IC à 95 % : 7,6 à 22,4) et 65 jours (IC à 95 % : 39,6 à 90,4). L'ajustement en fonction du stade n'a pas eu d'incidence importante sur cette variation (résultats non présentés ici).

FIGURE 2
Processus de sélection de la cohorte

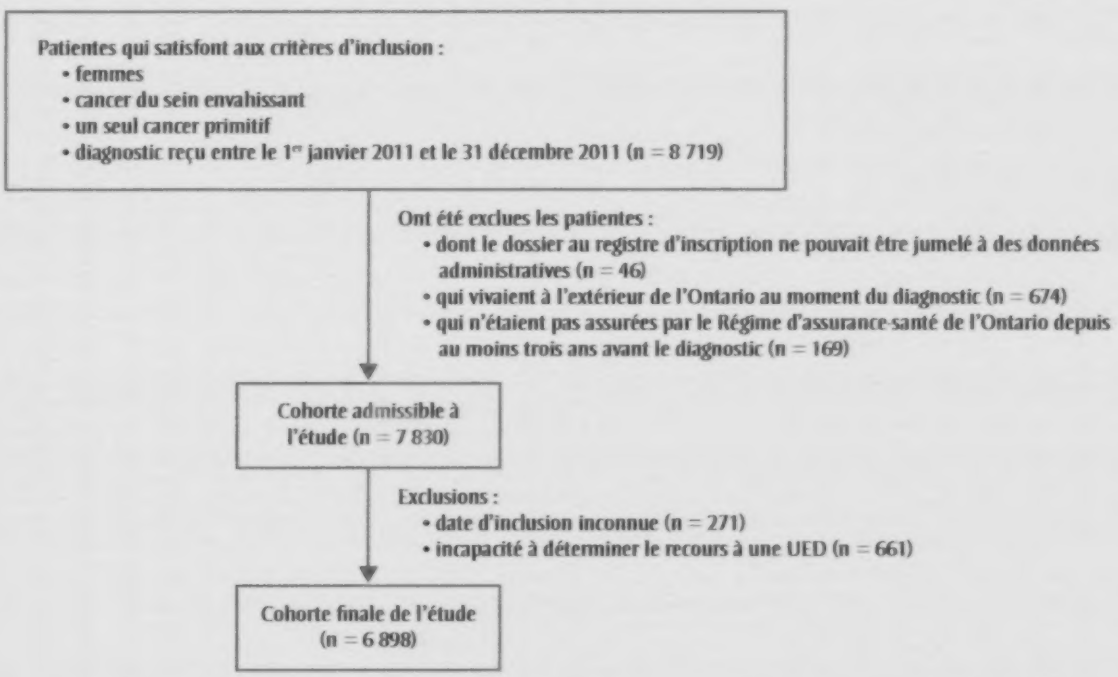


TABLEAU 1
Taux de détection du cancer du sein en fonction de la méthode et du groupe d'âge, Ontario (Canada), 2011 (N = 6 898)

Groupe d'âge	Cas détectés au dépistage	Cas symptomatiques
	Total (rang en %)	Total (rang en %)
Moins de 50 ans	158 (11,1)	1 270 (88,9)
50 à 69 ans	1 736 (48,4)	1 851 (51,6)
Plus de 69 ans	605 (32,1)	1 278 (67,9)
Tous âges (total)	2 499 (36,2)	4 399 (63,8)

La carte de la figure 4 illustre la répartition de l'utilisation des services des UED selon les comtés ontariens. Les taux varient de 0 % à 100 %, ce qui s'explique en partie par le fait que, au moment de l'étude, il n'y avait pas d'UED dans 19 comtés (38,8 %) (voir tableau 3). De ces 19 comtés, 11 avaient un intervalle diagnostique médian supérieur ou égal à la médiane provinciale.

Analyse

À notre connaissance, il s'agit de la première étude ontarienne et de l'une des premières études canadiennes décrivant les taux de détection du cancer du sein au dépistage et les temps d'attente avant le diagnostic pour une cohorte en population générale de patientes atteintes de cancer du sein[24,25]. Les rapports ontariens précédents ne portaient que sur les cas visés par des programmes de dépistage du cancer du sein organisés[17,26], alors que notre étude englobe aussi les 63,8 % de patientes atteintes de cancer du sein qui ont reçu un diagnostic à la suite de la manifestation de symptômes et les 7,4 % de cas détectés lors d'un dépistage opportuniste.

Le taux de détection du cancer du sein au dépistage que nous avons observé (48,4 % des patientes atteintes de cancer du sein âgées de 50 à 69 ans) était inférieur au taux de participation de la population générale au dépistage signalé par le PODCS. En 2007 et 2008, le PODCS a calculé que 66,3 % des femmes ontariennes âgées de 50 à 69 ans s'étaient soumises à un dépistage (dans le cadre du PODCS ou du dépistage opportuniste)[27], et une couverture semblable a été estimée pour 2011[3]. L'écart entre le taux de participation aux programmes de dépistage et le taux de détection au dépistage est compatible avec les données probantes, à savoir que les femmes dont les facteurs de risque de cancer du sein sont les plus importants, notamment un âge plus avancé et le manque d'exercice, sont moins susceptibles de se soumettre à un dépistage[28], et que certaines femmes reçoivent un diagnostic de cancer du sein entre deux examens de dépistage. À propos de ce dernier point, Kirsh et ses collaborateurs on estimé que 13,8 % des patientes atteintes du cancer du sein affectées à une cohorte de participantes au PODCS entre 1994 et 2002 ont reçu un diagnostic dans les 24 mois suivant une mammographie de dépistage négative (on parle alors de cancer d'intervalle)[29].

Les seules autres données probantes sur le taux de détection du cancer du sein au dépistage au Canada proviennent de deux études récentes réalisées en Alberta, l'une révélant que 44 % de tous les cancers du sein avaient été détectés au dépistage entre 2007 et 2010[24] et l'autre faisant état d'un taux de détection au dépistage de 38 % pour 2004 à 2010[25] (le taux observé était de 36 % en Ontario en 2011). Les critères d'admissibilité au dépistage diffèrent entre les deux provinces, le Programme de dépistage du cancer de l'Alberta acceptant aussi les patientes de 40 à 49 ans[30]. Cependant, le taux de participation au dépistage du cancer du sein biennal (dans le cadre d'un programme ou non) chez les femmes de 50 à 69 ans est plus faible en Alberta (55,1 % à 57,3 % pour 2007 à 2010)[31] qu'en Ontario (66,3 % pour les années 2007 et 2008)[27].

Deux études en population générale réalisées aux États-Unis ont rendu compte de proportions de cas de cancer détectés au dépistage de respectivement 22 % et 30,2 %[32,33], la seconde étant limitée aux femmes de 40 à 49 ans. Ces taux plus faibles pourraient avoir changé puisque ces études ont été réalisées dans les années 1990. Une étude plus récente réalisée au Mexique[34] a fait état d'un taux de détection au dépistage de 58,3 % chez les patientes atteintes du cancer du sein de tous âges. Ce taux plus élevé pourrait être

TABLEAU 2
Statistiques descriptives de l'intervalle diagnostique du cancer du sein et de la couverture des unités d'évaluation diagnostique (UED) par RLISS, Ontario (Canada), 2011 (N = 6898)

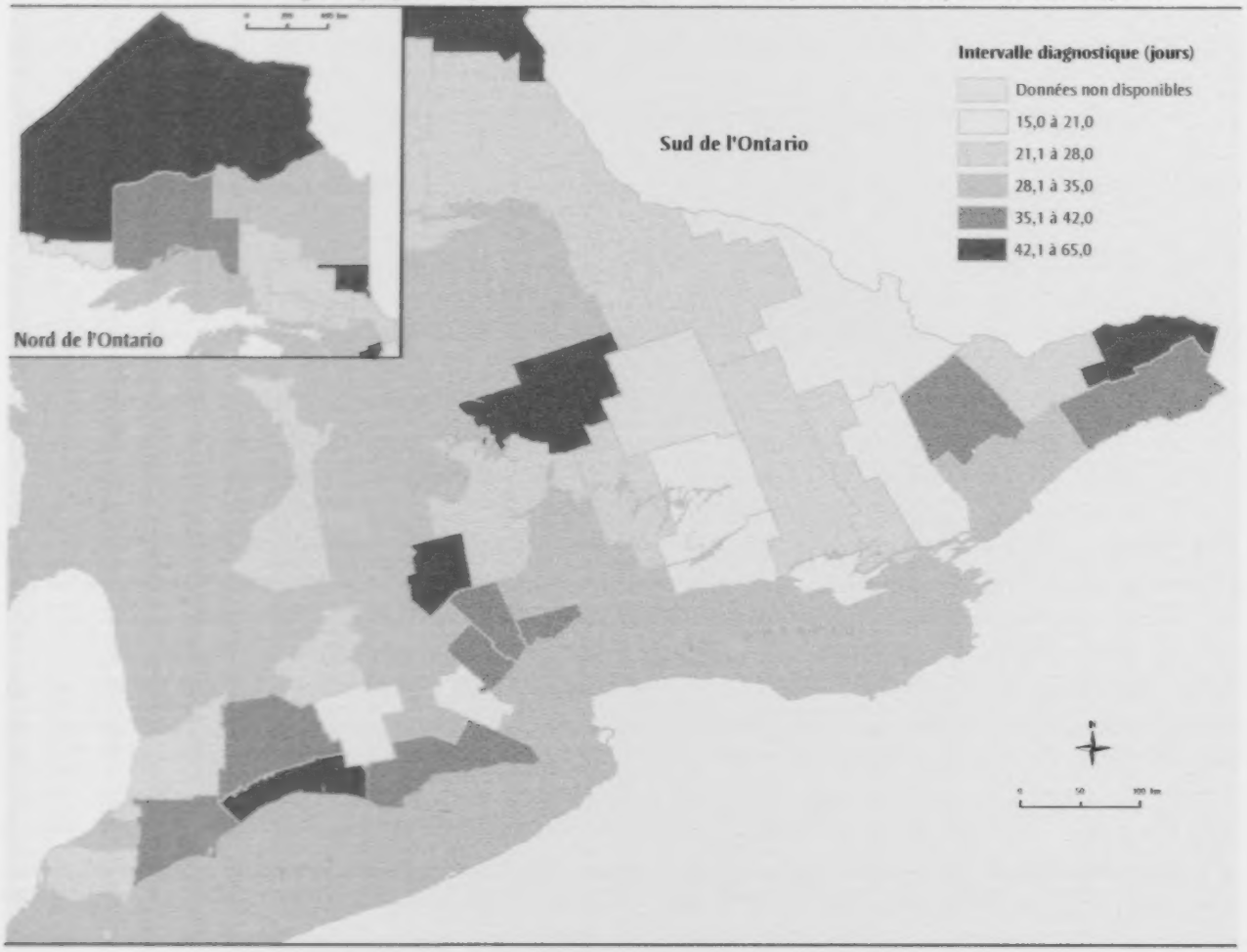
RLISS	Effectifs (n)	Intervalle diagnostique médian (IC à 95 %)	Taux de couverture des UED[a] (IC à 95 %)
Érié St. Clair	412	27,5 (25,1–30,0)	81,6 (77,8–85,3)
Sud-Ouest	594	35,0 (30,6–39,4)	81,6 (78,5–84,8)
Waterloo Wellington	380	30,0 (27,9–32,1)	51,3 (46,3–56,3)
Hamilton Niagara Haldimand Brant	697	29,0 (27,7–30,3)	53,4 (49,7–57,1)
Centre-Ouest	311	37,0 (33,7–40,3)	12,9 (9,1–16,6)
Mississauga Halton	571	36,0 (32,4–39,6)	29,1 (25,3–32,8)
Toronto Centre	553	34,0 (30,8–37,2)	37,4 (33,4–41,5)
Centre	863	36,0 (33,3–38,7)	21,2 (18,5–23,9)
Centre-Est	740	35,5 (34,3–36,6)	38,0 (34,5–41,5)
Sud-Est	315	24,0 (20,6–27,4)	93,0 (90,2–95,8)
Champlain	758	29,0 (27,8–30,2)	69,5 (66,2–72,8)
Simcoe-Nord Muskoka	266	29,8 (23,7–35,8)	2,6 (0,7–4,6)
Nord-Est	316	28,0 (25,3–30,7)	45,6 (40,1– 51,1)
Nord-Ouest	120	41,0 (34,7–47,3)	80,8 (73,8–87,9)
Inconnu/RLISS partagé	—	—	—

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RLISS, Réseau local d'intégration des services de santé; UED, unité d'évaluation diagnostique.

Remarque : — correspond à des cellules comptant moins de 10 éléments et n'ayant donc pas été documentées en raison de la réglementation en matière de vie privée de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

[a] Calculé selon le pourcentage de patientes diagnostiquées par une UED pour chaque RLISS.

FIGURE 3
Durée de l'intervalle diagnostique pour les patientes atteintes du cancer du sein, selon les comtés, Ontario (Canada), 2011



en partie attribuable à une définition plus large du terme « cancer détecté au dépistage », soit un cancer diagnostiqué dans les 270 jours suivant une mammographie de dépistage bilatérale (des deux seins).

L'attente d'un diagnostic pouvant avoir des répercussions psychologiques importantes sur les patientes et leur entourage, la réduction des temps d'attente est susceptible de diminuer considérablement l'anxiété[26]. Au Canada, on trouve peu de directives portant sur les temps d'attente pour un diagnostic de cancer du sein : les cibles temporelles relatives au dépistage du cancer du sein au moment de cette étude recommandaient un délai de résolution de 5 semaines pour 90 % des tests de dépistage anormaux, ou un délai d'au plus 7 semaines si une biopsie tissulaire avait été nécessaire[9]. En appliquant la limite plus souple de 7 semaines, nous avons observé que 68,3 % des patientes atteintes du cancer du sein dans notre étude avaient reçu leur diagnostic dans le délai de 7 semaines. Le taux que nous avons observé est semblable au taux de 64 % signalé en 2010 pour la résolution de tous les résultats anormaux aux tests de dépistage du cancer du sein ayant nécessité une biopsie tissulaire en Ontario[30].

Dans notre étude, l'intervalle diagnostique médian pour le cancer du sein en Ontario en 2011 était de 4,6 semaines (32 jours), et 690 patientes (10 %) ont attendu 3,6 mois ou plus, un délai qui a été associé à un taux de survie inférieur[8]. La médiane que nous avons observée était plus courte que la médiane du délai entre le résultat anormal au dépistage et le diagnostic fondé sur une biopsie tissulaire déclarée pour les autres provinces canadiennes en 2010 (plage : 5 à 7 semaines)[30]. Ce fait s'explique probablement par les limites que nous avons imposées à notre population cancéreuse. Nous avons fait état de l'intervalle diagnostique séparément pour les patientes dont le cancer avait été détecté au dépistage et les patientes symptomatiques dans deux articles complémentaires[14,16], les délais médians étant de respectivement 29 jours et 34 jours. Nos observations diffèrent des constatations faites en Alberta, lesquelles font état d'une médiane de 19 jours pour les cas détectés au dépistage et de 21 jours pour les cas symptomatiques entre 2004 et 2010[25].

En Ontario, nous avons observé des variations régionales importantes de l'intervalle diagnostique, avec un écart maximal de 2,4 semaines (17 jours) entre les RLISS.

TABLEAU 3
Statistiques descriptives de l'intervalle diagnostique du cancer du sein et de la couverture des unités d'évaluation diagnostique (UED) par comté, Ontario (Canada), 2011 (N = 6 898)

Comté	n	Intervalle diagnostique médian (IC à 95 %)	Taux de couverture des UED[a] (IC à 95 %)
Comté de Brant[b]	60	31,0 (23,8–38,2)	6,6 (0,4–13,0)
Comté de Bruce[b]	46	21,9 (14,6–29,2)	73,9 (61,2–86,6)
Comté de Dufferin[b]	30	46,9 (32,5–61,3)	6,7 (−2,3–15,59)
Comté d'Elgin[b]	59	49,0 (36,2–61,8)	18,6 (8,7–28,6)
Comté d'Essex	251	25,0 (20,8–29,2)	85,7 (81,3–90,0)
Comté de Frontenac	89	21,0 (17,7–24,3)	98,9 (96,7–101,1)
Comté de Grey	63	30,0 (23,3–36,7)	76,2 (65,7–86,7)
Municipalité régionale de Haldimand-Norfolk[b]	68	37,8 (32,6–43,0)	17,6 (8,6–26,7)
Comté de Haliburton[b]	—	—	—
Municipalité régionale de Halton[b]	215	36,0 (30,1–41,9)	26,0 (20,2–31,9)
Comté de Hastings	89	22,0 (16,4–27,6)	96,6 (92,9–100,4)
Comté de Huron[b]	36	30,1 (18,0–42,3)	88,9 (78,6–99,2)
Division de Chatham-Kent	62	40,5 (23,9–57,1)	91,9 (85,2–98,7)
Comté de Lambton	98	25,4 (15,5–35,3)	64,3 (54,8–73,8)
Comté de Lanark[b]	41	38,0 (30,5–45,5)	53,7 (38,4–68,9)
Comtés unis de Leeds et Grenville	68	31,7 (26,1–37,3)	86,8 (78,7–94,8)
Comté de Lennox et Addington[b]	19	27,0 (9,5–44,5)	100,0 (100,0–100,0)
Division de Toronto	1 289	38,0 (36,0–40,0)	25,5 (23,1–27,9)
Comté de Middlesex	285	42,0 (36,6–47,4)	94,0 (91,3–96,8)
Municipalité de district de Muskoka[b]	49	65,0 (39,6–90,4)	0,0 (0,0–0,0)
Municipalité régionale de Niagara	241	35,0 (31,3–38,7)	90,9 (87,2–94,5)
Comté de Northumberland	57	20,0 (13,7–26,3)	94,7 (88,9–100,5)
Municipalité régionale de Durham	283	33,0 (28,6–37,4)	54,1 (48,3–59,9)
Division d'Ottawa	549	28,0 (24,2–31,8)	74,7 (71,0–78,3)
Comté d'Oxford	62	16,4 (10,7–22,1)	85,5 (76,7–94,3)
Municipalité régionale de Peel	567	37,0 (34,0–40,0)	27,5 (23,8–31,2)
Comté de Perth	43	23,0 (15,5–30,5)	100,0 (100,0–100,0)
Comté de Peterborough	73	20,0 (14,3–25,7)	41,1 (29,8–52,4)
Comtés unis de Prescott et Russell	52	48,7 (36,9–60,5)	48,1 (34,5–61,7)
Division du Prince Édouard	19	15,0 (7,6–22,4)	94,7 (84,7–104,8)
Comté de Renfrew	51	15,0 (6,8–23,2)	90,2 (82,0–98,4)
Comté de Simcoe	245	24,0 (19,4–28,6)	4,1 (1,6–6,6)
Comtés unis de Stormont, Dundas et Glengary	74	40,8 (32,3–49,2)	36,5 (25,5–47,5)
Division des lacs Kawartha	45	23,0 (10,6–35,4)	28,9 (15,6–42,1)
Municipalité régionale de Waterloo	281	30,0 (26,8–33,2)	61,9 (56,2–67,6)
Comté de Wellington[b]	94	32,0 (27,5–36,5)	19,1 (11,2–27,1)
Division de Hamilton	266	19,7 (16,5–22,9)	41,0 (35,1–46,9)
Municipalité régionale de York	528	32,0 (28,8–35,2)	23,9 (20,2–27,5)
District d'Algoma	68	24,0 (13,5–34,5)	88,2 (80,6–95,9)

Suite à la page suivante

Les femmes habitant les régions desservies par les RLISS du Nord-Ouest, du Centre-Ouest et de Mississauga Halton ont dû attendre le plus longtemps, c'est-à-dire au-delà de 5 semaines. En 2011, le PODCS a révélé que ces régions étaient parmi celles qui avaient les taux d'atteinte des délais cibles (7 semaines pour les cas exigeant une biopsie tissulaire) les plus faibles[3]. Les raisons qui expliquent ces faibles taux varient probablement entre ces trois RLISS, car ils sont très différents sur les plans géographique et démographique. Des études plus poussées seront nécessaires pour mieux comprendre ces différences.

Nous avons observé des variations plus grandes entre les comtés que dans l'analyse à l'échelle des RLISS, avec un écart maximal entre comtés de 7,1 semaines (50 jours), signe de variations probables à l'intérieur des RLISS. Comme nous l'avons constaté à l'échelle des RLISS, les intervalles diagnostiques les plus longs ont été observés dans la région la plus peuplée (région du Grand Toronto) et la région la moins peuplée (Nord de l'Ontario). Nous avons également observé des variations importantes entre comtés dans l'utilisation des services des UED. Le comté qui n'a pas utilisé les services des UED (0 %) a affiché l'intervalle diagnostique le plus long tant pour la médiane (65 jours) que pour le 75e percentile (108 jours), et le comté dans lequel 100 % des patientes ont utilisé les services des UED a affiché l'un des intervalles diagnostiques médians les plus courts (27 jours).

Nous avions déjà émis l'hypothèse selon laquelle la variation de l'intervalle diagnostique pourrait être en partie attribuable à la couverture variable offerte par les UED selon les régions[14,15]. Après ajustement des facteurs de confusion potentiels dans les analyses multivariées, nous avons constaté que l'utilisation des UED était associée à une réduction du délai avant diagnostic à la fois pour les cas détectés au dépistage et pour les patientes symptomatiques[14,16]. Il convient de souligner que d'autres facteurs régionaux comme les données démographiques des patientes, les processus d'aiguillage des soins et les programmes locaux pourraient avoir contribué à la variation observée, puisque les régions qui offrent une vaste couverture en matière d'UED ne sont pas toujours associées à des intervalles diagnostiques plus courts. L'Organisation mondiale de la santé a déterminé que les variations géographiques constituaient une préoccupation en matière de qualité des soins de santé dans deux

TABLEAU 3 (suite)
Statistiques descriptives de l'intervalle diagnostique du cancer du sein et de la couverture des unités d'évaluation diagnostique (UED) par comté, Ontario (Canada), 2011 (N = 6 898)

Comté	n	Intervalle diagnostique médian (IC à 95 %)	Taux de couverture des UED[a] (IC à 95 %)
District de Cochrane	42	35,0 (28,0–41,9)	38,1 (23,4–52,8)
District de Kenora[b]	31	50,0 (30,8–69,2)	41,9 (24,6–59,3)
District de Manitoulin[b]	14	19,7 (6,3–33,2)	50,0 (23,8–76,2)
District de Nipissing[b]	53	22,0 (13,2–30,8)	13,2 (4,1–22,3)
District de Parry Sound[b]	28	32,5 (19,6–45,3)	17,9 (3,7–32,0)
District de Rainy River[b]	—	—	—
Division du Grand Sudbury	87	24,0 (18,1–29,9)	46,0 (35,5–56,4)
District de Sudbury[b]	15	22,0 (2,9–41,1)	40,0 (15,2–64,8)
District de Thunder Bay	84	40,0 (34,8–45,2)	97,6 (94,4–100,9)
District de Timiskaming[b]	11	53,0 (14,2–91,8)	36,4 (7,9–64,8)

Remarque : — correspond à des cellules comptant moins de 10 éléments qui n'ont pas été documentées en raison de la réglementation en matière de vie privée de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

[a] Calculé selon le pourcentage de patientes diagnostiquées par une UED pour chaque comté.

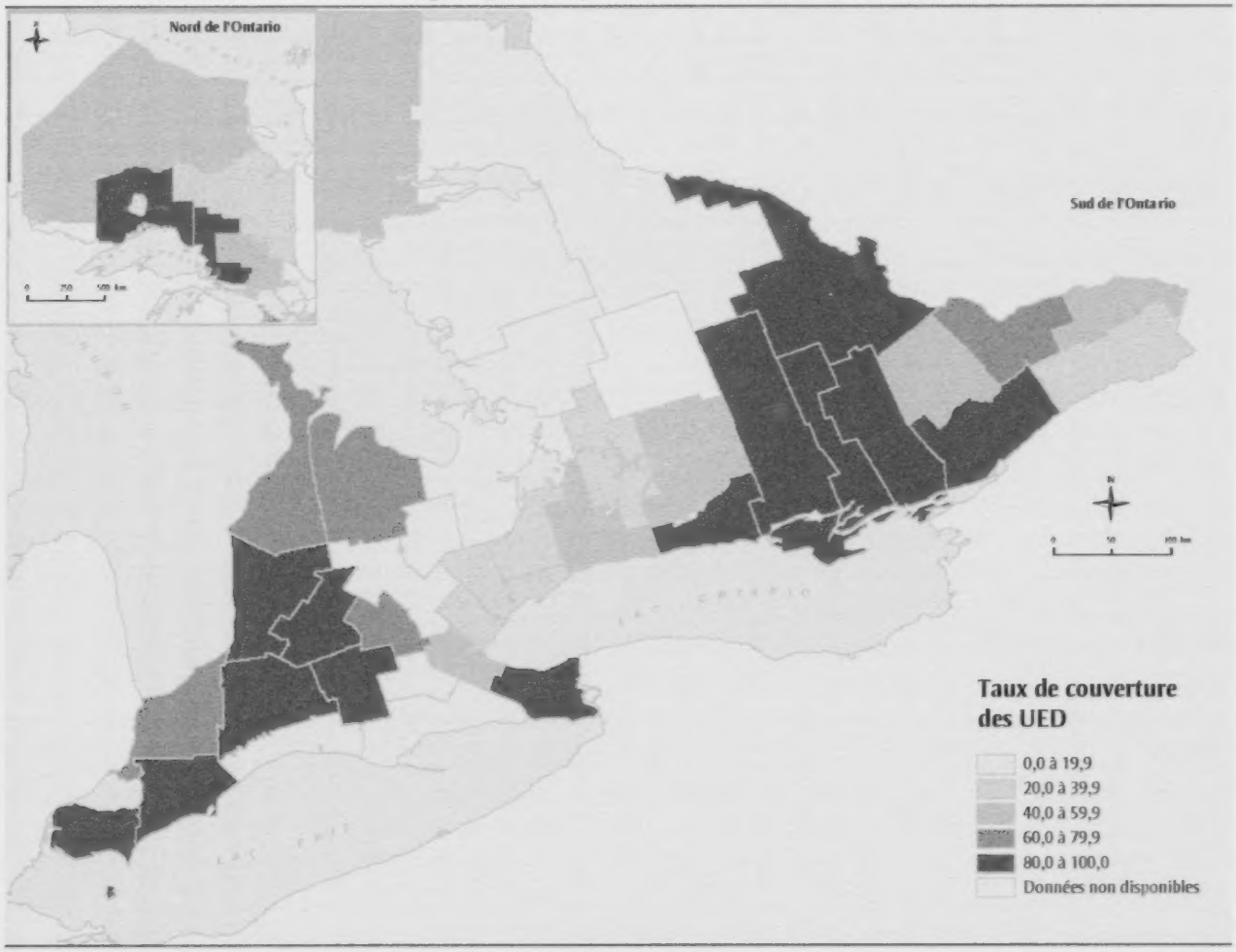
[b] Comté sans UED.

dimensions : l'équité et l'accessibilité[35]. Les causes des variations observées justifient donc un examen plus approfondi afin d'améliorer l'accès aux soins et l'équité des soins diagnostiques pour le cancer du sein.

Forces et limites

Cette étude a plusieurs points forts. Nous avons démontré la pertinence du recours à des données administratives de routine en santé pour comprendre le processus diagnostique du cancer du sein. Notre approche offre une référence méthodologique pour le choix de la méthode de détection du cancer du sein, de l'intervalle diagnostique et du recours à des unités d'évaluation diagnostique de la santé du sein spécialisées qui peut être adaptée à d'autre périodes en Ontario et à d'autres provinces canadiennes. Il s'agit de la première étude ontarienne à

FIGURE 4
Couverture des unités d'évaluation diagnostique (UED) pour le cancer du sein, selon les comtés, Ontario (Canada), 2011



fournir des données probantes à l'échelle de la population quant au taux de détection au dépistage du cancer du sein, à l'intervalle diagnostique et au recours aux unités d'évaluation diagnostique. Ces renseignements sur l'ensemble de la population ont mis en lumière le faible taux de détection au dépistage (36 %) si l'on tient compte des patientes atteintes du cancer du sein de tout âge, et ils donnent une vue d'ensemble de l'expérience relative au cancer du sein en incluant les patientes qui se sont soumises à un dépistage opportuniste et celles qui ont consulté pour des symptômes, soit des groupes habituellement exclus des études portant sur le diagnostic du cancer du sein. Nos constatations fournissent ainsi une perspective originale à l'échelle de la population quant au rôle du dépistage pour la détection du cancer du sein, à l'accès aux UED et au délai nécessaire pour poser un diagnostic, des données utiles pour les politiques des programmes sur le cancer et les interventions ainsi que pour leur évaluation. Les variations géographiques observées fournissent des renseignements importants pour les administrateurs appelés à comparer les régions entre elles et à sélectionner les initiatives régionales concluantes pour qu'elles soient mises en œuvre à grande échelle. Ces renseignements pourraient en outre favoriser l'échange de connaissances et faciliter la collaboration entre les régions afin d'accélérer la prestation des soins et, à terme, améliorer l'expérience des patientes. La présence d'une aussi grande variation entre comtés constitue un élément à surveiller pour d'autres systèmes de soins de santé.

Notre étude comporte aussi certaines limites. Premièrement, nous n'avons pas estimé l'intervalle jusqu'au diagnostic ou l'intervalle jusqu'à la résolution pour toutes les patientes soumises à des examens pour le cancer du sein, mais nous avons plutôt mis l'accent sur le groupe de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Si les patientes soumises à des examens sont facilement identifiables dans le programme de dépistage, elles sont beaucoup plus difficiles à repérer dans les données administratives, données dont nous avons eu besoin pour inclure les patientes symptomatiques. Les données recueillies semblent indiquer que les femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant obtiennent un diagnostic plus rapidement que les femmes atteintes de maladies bénignes[36,37], de sorte que les intervalles que nous signalons sont probablement plus courts que ceux associés aux femmes atteintes d'une forme bénigne de maladie, et ils s'appliquent donc seulement aux femmes atteintes de cancer du sein.

Deuxièmement, les bases de données administratives ne rendent pas compte des résultats, ce qui fait que quelques patientes parmi les 7,4 % ayant été répertoriées dans le groupe des dépistages opportunistes ont pu avoir une mammographie négative, ce qui a peut-être conduit à une surestimation de l'intervalle diagnostique et à leur classement erroné dans le groupe des patientes dont le cancer avait été détecté au dépistage. À l'inverse, une faible proportion de patientes apparemment symptomatiques pourraient avoir fait l'objet d'un dépistage opportuniste anormal plus de six mois avant le diagnostic, ce qui a pu conduire à une sous-estimation de leur intervalle diagnostique (et à leur classement erroné dans le groupe des patientes symptomatiques).

Troisièmement, le fait de définir la date d'inclusion pour les patientes symptomatiques comme étant la consultation plus récente d'un médecin de première ligne avant la première épreuve diagnostique constituait un choix prudent en ce qui a trait au calcul de l'intervalle diagnostique, puisque la date d'aiguillage réelle pourrait être survenue antérieurement.

Quatrièmement, de nouveaux codes de facturation pour les médecins, précisant le motif de la mammographie (symptomatique ou asymptomatique), ont été mis en œuvre le 1er octobre 2010 et n'avaient peut-être pas été entièrement adoptés au moment de la réalisation de notre étude. Par conséquent, certaines patientes soumises à un dépistage opportuniste pourraient avoir été répertoriées dans le mauvais groupe, ce qui peut avoir conduit à une sous-estimation de la proportion de patientes dont le cancer avait été détecté au dépistage. Nous supposons que l'incidence de ce dernier facteur a été faible, car la fréquence d'utilisation de ce nouveau code a considérablement augmenté dans les trois mois après sa mise en vigueur et s'était stabilisée au moment de la réalisation de notre étude[38].

Enfin, la détermination de l'utilisation des UED a pu faire l'objet d'un mauvais classement, la sensibilité étant évaluée à 90,1 % et la spécificité, à 84,6 %[15].

Conclusion

Notre rapport fournit des renseignements sur l'accès au diagnostic chez les femmes qui recevront un diagnostic de cancer du sein. Chez les patientes atteintes de cancer du sein qui se situent dans le groupe d'âge admissible, nous avons observé des taux de détection au dépistage plus bas que les taux de participation au dépistage dans la population générale. Ce résultat donne à penser que les efforts de dépistage du cancer à venir devraient cibler les femmes dont le risque de cancer du sein est plus élevé et que le taux de cancers d'intervalle doit être amélioré. Nous avons également observé des variations géographiques importantes dans la durée de l'intervalle diagnostique et dans le recours aux UED. D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre les facteurs attribuables à ces variations et pour cerner des possibilités d'amélioration du système. Enfin, les efforts à venir pour comprendre les délais d'attente pour un diagnostic ainsi que l'influence des programmes conçus pour les réduire doivent cibler l'ensemble de la population plutôt que seulement les programmes de dépistage organisés.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Mme Marlo Whitehead pour le jumelage et la préparation des données, le Dr Marcy Winget pour ses conseils sur la méthodologie, M. Peter Gozdyra pour son aide pour la cartographie et Mme Melissa Enmore pour son aide relativement à la diffusion du sondage. Cette recherche a été financée par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada. Li Jiang a reçu des bourses d'études supérieures de l'Ontario et de l'Université Queen's. Certaines sections de cette étude sont fondées sur des données fournies par Action Cancer Ontario. Les opinions, résultats et conclusions qui s'en dégagent sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux d'Action Cancer Ontario. Il ne faut donc pas en déduire qu'ils ont été approuvés par Action Cancer Ontario. Certaines sections de cette étude sont fondées sur des données compilées et fournies par l'ICIS. Toutefois, les analyses et les conclusions présentées ainsi que les opinions et les déclarations contenues dans cet article sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position de l'ICIS. L'étude a aussi été appuyée par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), qui est financé par

une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO). Les opinions, résultats et conclusions qui s'en dégagent sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Ils ne doivent donc pas être perçus comme approuvés par l'IRSS ou par le MSSLDO.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

Tous les auteurs ont contribué à la conception de l'étude, à l'interprétation des résultats et à la révision du manuscrit. Patti A. Groome a supervisé la méthodologie de recherche. Li Jang a réalisé l'analyse et a joué un rôle majeur dans la rédaction et la révision du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatifs de la position du gouvernement du Canada.

Références

1. Fletcher SW, Black W, Harris R, et al. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. JNCI. 1993;85(20):1644-1656.

2. Partenariat canadien contre le cancer. Dépistage du cancer au Canada : aperçu de la participation au dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal [Internet]. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2015 [consultation le 15 juillet 2017]. En ligne à : http://www.cancerview.ca/fr/prevention_et_depistage/depistage_du_cancer_du_sein_au_canada/

3. Cancer Care Ontario. Ontario Breast Screening Program 2011 report [Internet]. Toronto (Ont.) : Cancer Care Ontario; 2013. En ligne à : https://archive.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=288834

4. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, et al. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. J Clin Oncol. 2003; 21(8):1440-1446.

5. Morse JM, Pooler C, Vann-Ward T, et al. Awaiting diagnosis of breast cancer: strategies of enduring for preserving self. Oncol Nurs Forum. 2014; 41(4):350-359.

6. Harcourt D, Rumsey N, Ambler N. Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: psychological impact and coping strategies.

7. Gilbert JE, Dobrow MJ, Kaan M, et al. Creation of a diagnostic wait times measurement framework based on evidence and consensus. J Oncol Pract. 2014;10(5):e373-e379.

8. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, et al. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999; 353(9159):1119-1126.

9. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein : rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2007. En ligne à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/gmbspp-ldsppdcs/pdf/gmbspp-ldsppdcs_f.pdf

10. Palmieri F, DePeri E, Mincey B, et al. Comprehensive diagnostic program for medically underserved women with abnormal breast screening evaluations in an urban population. Mayo Clin Proc. 2009;84(4):317-322.

11. Dey P, Bundred N, Gibbs A, et al. Costs and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: randomised controlled trial. BMJ. 2002;324(7336):507.

12. Quan ML, Shumak RS, Majpruz V, et al. Improving work-up of abnormal mammogram through organized assessment: results from the Ontario Breast Screening Program. J Oncol Pract. 2012;8(2):107-112.

13. Cancer Care Ontario. Ontario Breast Screening Program: Breast Assessment Initiative orientation. Toronto (Ont.) : Cancer Care Ontario; 2004.

14. Jiang L, Gilbert J, Langley H, et al. Effect of specialized diagnostic assessment units on the time to diagnosis in screen-detected breast cancer patients. Br J Cancer. 2015;112(11):1744-1750.

15. Jiang L. Association between use of a specialized diagnostic assessment unit and the diagnostic interval in Ontario breast cancer patients [Mémoire de maîtrise en ligne]. Kingston (Ont.) : Queen's University; 2013. En ligne à : https://qspace.library.queensu.ca/jspui/bitstream/1974/8466/1/Jiang_Li_201311_MSc.pdf

16. Jiang L, Gilbert J, Langley H, et al. Is being diagnosed at a dedicated breast assessment unit associated with a reduction in the time to diagnosis for symptomatic breast cancer patients? Eur J Cancer Care. 2018;27:e12864. doi: 10.1111/ecc.12864.

17. Edge S, Byrd DR, Compton CC, et al (dir.). AJCC cancer staging manual. 7th edition. New York (NY) : Springer New York; 2009. 718 p.

18. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C (dir.). TNM : classification des tumeurs malignes. 7e édition. Paris : Cassini; 2010.

19. Partenariat canadien contre le cancer. Lignes directrices pour la surveillance de la performance des programmes de dépistage du cancer du sein : rapport du Groupe de travail sur les indicateurs d'évaluation. Troisième édition. [Internet]. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2013. En ligne à : https://content.cancerview.ca/download/cv/prevention_and_screening/screening_and_early_diagnosis/documents/guidelinemonitoringbreastfrpdf?attachment=0

20. Singh H, De Coster C, Shu E, et al. Wait times from presentation to treatment for colorectal cancer: a population-based study. Can J Gastroenterol. 2010;24(1):33-39.

21. Tonelli M, Connor Gorber S, Joffres M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. CMAJ. 2011; 183(17):1991-2001.

22. Sawada M. Global spatial autocorrelation indices—Moran's I, Geary's C and the general cross-product statistic [Internet]. 2009 [consultation le 22 mars 2017]. En ligne à : http://www.lpc.uottawa.ca/publications/moransi/moran.htm

23. Williams DL, Tortu S, Thomson J. Factors associated with delays to diagnosis and treatment of breast cancer in women in a Louisiana urban safety net hospital. Women Health. 2010; 50(8):705-718.

24. Yuan Y, Li M, Yang J, et al. Using administrative data to estimate time to breast cancer diagnosis and percent of screen-detected breast cancers — a validation study in Alberta, Canada. Eur J Cancer Care (Engl). 2015; 24(3): 367-375.

25. Yuan Y, Li M, Yang J, et al. Factors related to breast cancer detection mode and time to diagnosis in Alberta, Canada: a population-based retrospective cohort study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016;16:65. doi: 10.1186 /s12913-016-1303-z.

26. Olivotto IA, Bancej C, Goel V, et al. Waiting times from abnormal breast screen to diagnosis in 7 Canadian provinces. CMAJ. 2001;165(3):277-283.

27. Cancer Care Ontario. Ontario Breast Screening Program 20th Anniversary Report 1990–2010 [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2010. En ligne à : http://www.ontla.on.ca/library /repository/mon/25001/307022.pdf

28. Hanson K, Montgomery P, Bakker D, et al. Factors influencing mammography participation in Canada: an integrative review of the literature. Curr Oncol. 2009;16(5):65-75.

29. Kirsh VA, Chiarelli AM, Edwards SA, et al. Tumor characteristics associated with mammographic detection of breast cancer in the Ontario Breast Screening Program. J Natl Cancer Inst. 2011; 103(12):942-950.

30. Partenariat canadien contre le cancer. Lutte contre le cancer du sein au Canada : rapport thématique spécial sur le rendement du système [Internet]. Toronto (Ont.) : Partenariat canadien contre le cancer; 2012. En ligne à : https://content.cancerview.ca /download/cv/quality_and_planning /system_performance/documents /breastcancercontrolrepfrpdf?attachment =0

31. Alberta Health Services. Alberta Health Services: Q4 performance report 2012/13 [Internet]. Edmonton (Alberta) : Alberta Health Services; 2013. En ligne à : http://www.albertahealthservices .ca/Publications/ahs-pub-pr-2013-06 -performance-report.pdf

32. Reeves MJ, Newcomb PA, Remington PL, et al. Body mass and breast cancer: relationship between method of detection and stage of disease. Cancer. 1996;77(2):301-307.

33. McPherson CP, Swenson KK, Jolitz G, et al. Survival of women ages 40-49 years with breast carcinoma according to method of detection. Cancer. 1997; 79(10):1923-1932.

34. Hill DA, Nibbe A, Royce ME, et al. Method of detection and breast cancer survival disparities in Hispanic women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010;19(10):2453-2460.

35. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Genève (CH) : WHO Press; 2006.

36. Borugian MJ, Kan L, Chu CC, et al. Facilitated "fast track" referral reduces time from abnormal screening mammogram to diagnosis. Can J Public Health. 2008;99(4):252-256.

37. Chiarelli AM, Mai V, Halapy EE, et al. Effect of screening result on waiting times to assessment and breast cancer diagnosis: results from the Ontario Breast Screening Program. Can J Public Health. 2005;96(4):259-263.

38. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Fee codes descriptions and counts by year [Internet]. Toronto (Ont.) : Institute for Clinical Evaluative Sciences. 2011 [consultation le 30 septembre 2013].

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.03f

Recherche quantitative originale

Association entre le sentiment d'appartenance à l'école, la participation à l'intimidation et divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les jeunes dans deux provinces canadiennes : une étude COMPASS

Tarun R. Katapally, Ph. D. (1,2,3); Audur Sjofn Thorisdottir, M. Sc. (4); Rachel Laxer, M. Sc. (5); Wei Qian, M. Sc. (5); Scott T. Leatherdale, Ph. D. (5)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Le temps passé devant un écran, une mesure des comportements sédentaires, s'est révélé être un déterminant essentiel de la santé chez les jeunes dans les sociétés contemporaines, où la majorité des dimensions de leur vie comprennent l'accès à un écran. Une approche peu étudiée pour réduire le temps passé devant un écran chez les jeunes est son association avec la réduction de l'intimidation. Cette étude vise à comprendre le lien entre la perpétration de l'intimidation, la victimisation, la perception des jeunes à l'égard du milieu scolaire et divers comportements associés au temps passé devant un écran.

Méthodologie. Un total de 44 861 jeunes de 13 à 18 ans ont répondu, dans deux provinces canadiennes, à un questionnaire validé recueillant des données autodéclarées sur les comportements de santé et leurs effets, notamment divers comportements associés au temps passé devant un écran, la perpétration de l'intimidation, la victimisation et le sentiment d'appartenance à l'école. Les variables à l'étude étaient le temps total passé devant un écran et celui passé spécifiquement à regarder la télévision, à jouer à des jeux vidéo, à naviguer sur Internet ainsi que celui consacré à des comportements en lien avec la communication. Les modèles finaux ont été élaborés avec PROC MIXED dans SAS 9.4 à l'aide d'une modélisation à valeur aléatoire. Ils ont été ajustés selon l'âge, l'origine ethnique, le revenu hebdomadaire disponible, les heures de clarté et les variables météorologiques.

Résultats. Comparativement aux jeunes n'ayant signalé aucune participation à l'intimidation, les jeunes qui s'étaient livrés à des actes d'intimidation, les jeunes victimes d'intimidation et les jeunes ayant été à la fois intimidateurs et victimes d'intimidation passaient en moyenne plus de minutes par jour devant un écran toutes catégories de temps d'écran confondues. Les jeunes qui ont déclaré être heureux et se sentir en sécurité à l'école et qui considéraient leurs enseignants comme justes présentaient des niveaux moins élevés pour divers comportements associés au temps passé devant un écran.

Conclusion. Puisqu'une forte corrélation négative a été observée entre la non-participation à l'intimidation et divers comportements associés au temps passé devant un écran, les politiques scolaires visant à accroître le sentiment d'appartenance à l'école pour lutter contre l'intimidation et réduire le temps passé devant un écran pourraient offrir une approche novatrice de réduction de ces comportements néfastes.

Points saillants

- La perpétration de l'intimidation, la victimisation et les deux réunis sont associés à une hausse de divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les jeunes.
- La non-participation à l'intimidation est liée à une diminution de divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les jeunes.
- Une perception positive du milieu scolaire et un sentiment accru d'appartenance à l'école pourraient jouer un rôle important dans la diminution du temps passé devant un écran chez les jeunes.
- Les stratégies visant à réduire le temps passé devant un écran chez les jeunes devraient aller au-delà de la simple limitation de l'accès aux appareils à écran.
- Les politiques scolaires devraient cibler tant l'intimidation que le temps passé devant un écran pour maximiser la réduction de ces comportements complexes et néfastes.

Mots-clés *: santé des jeunes, sentiment d'appartenance à l'école, intimidation, temps passé devant un écran, télévision, navigation sur Internet, envoi de messages textes, jeux vidéo*

Rattachement des auteurs :

1. Johnson Shoyama Graduate School of Public Policy, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
2. Johnson Shoyama Graduate School of Public Policy, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan), Canada
3. Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Collège de médecine, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan), Canada
4. Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
5. École de santé publique et de systèmes de soins de santé, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada

Correspondance : Tarun R Katapally, Johnson Shoyama Graduate School of Public Policy, Université de Regina, 110-2, Research Drive, Regina (Saskatchewan) S4S 7H9; tél. : 306-585-4544; courriel : Tarun.katapally@uregina.ca

Introduction

Le temps passé devant un écran, une mesure des comportements sédentaires, s'est révélé être un déterminant essentiel de la santé chez les jeunes dans les sociétés contemporaines[1,2], où la majorité des dimensions de la vie des jeunes passent par les médias numériques[3,4]. Le temps passé devant un écran est associé à un large éventail de problèmes de santé, notamment l'obésité, le syndrome métabolique, l'anxiété et la dépression, la déficience visuelle et de nombreux comportements à risque comme le tabagisme et la consommation de drogues illicites[5-9].

Les données probantes indiquent également que le temps passé devant un ordinateur ou à jouer à des jeux vidéo est associé à la violence physique[10] ainsi qu'à une augmentation de la solitude, du risque de victimisation en ligne[11] et de divers problèmes fonctionnels comme des questions liées aux relations avec les pairs et l'hyperactivité[12,13]. Le ciblage de facteurs sociaux négatifs dans l'environnement, notamment l'intimidation, pourrait constituer une avenue importante, bien que peu étudiée, permettant de réduire le temps passé devant un écran chez les jeunes.

L'intimidation est un concept hétérogène qui se rapporte à une vaste gamme de comportements répétitifs, en particulier des agressions physiques et verbales, visant à blesser ou à intimider des personnes perçues comme ayant moins de pouvoir[14]. L'intimidation touche entre 6 et 40 % des jeunes chaque année (échantillon de jeunes âgés de 11, 13 et 15 ans)[15,16] et est associée à divers problèmes de santé comme la dépression, les idées suicidaires et l'inactivité physique[17-19]. La cyberintimidation est particulièrement alarmante, puisqu'elle ne se limite pas à l'environnement social et qu'elle peut avoir lieu n'importe quand et n'importe où par le biais d'appareils électroniques. La communication en ligne est également plus rapide, plus répandue et parfois anonyme et associée à une responsabilité limitée, ce qui peut entraîner la désinhibition, créer une distance par rapport à la victime, encourager l'auteur à commettre des agressions plus graves[20] et mener à des problèmes plus graves comparativement à d'autres types d'intimidation (par exemple des tentatives de suicide nécessitant une attention médicale ou une augmentation de la consommation de substances)[21,22].

Les méthodes qui consistent à s'appuyer sur la littérature portant sur les interventions liées à l'intimidation, les stratégies scolaires comme la supervision de l'environnement (par exemple la supervision dans la cour de récréation) et le fait de renseigner le personnel scolaire sur les stratégies adéquates pour intervenir ont une efficacité relative pour réduire les agressions et la victimisation chez les jeunes[15,20]. L'efficacité des activités anti-intimidation peut être conditionnelle à la perception des élèves en ce qui concerne leur environnement et leur sentiment d'appartenance à l'école. Les taux d'intimidation sont moins élevés lorsque les élèves perçoivent leur milieu scolaire comme un endroit solidaire et sécuritaire, lorsque le climat scolaire est positif (par exemple, le personnel et les enseignants offrent un milieu bienveillant qui favorise l'autonomie) et lorsque les élèves ont des relations positives avec les enseignants[23,24].

Notre étude est fondée sur l'hypothèse selon laquelle la participation à l'intimidation (que ce soit à titre d'auteur d'actes d'intimidation, de victime d'intimidation ou des deux) et les perceptions négatives à l'égard du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école sont liées à une hausse du temps passé devant un écran chez les jeunes. Notre étude vise à saisir la corrélation entre la perpétration de l'intimidation, la victimisation et la perception des jeunes à l'égard du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école et différents types de comportements concernant le temps passé devant un écran, tout en tenant compte des variations météorologiques (un facteur permanent qui influence les comportements sédentaires), dans deux provinces distinctes sur le plan géographique et climatique au Canada (l'Ontario et l'Alberta)[25-27].

Méthodologie

Conception

COMPASS (2012-2021) est une étude de cohorte qui recueille, en Ontario (n = 79) et en Alberta (n = 10), des données auprès d'un échantillon ciblé d'élèves d'école secondaire (de la 9e à la 12e année) et de leur école[28]. Notre étude utilise les données transversales des élèves et des écoles du secondaire de l'année 2 (2013-2014) de la cohorte COMPASS. Elles ont été choisies car celles de l'année 1 intégrait un plus petit échantillon d'écoles (www.compass.uwaterloo.ca)[28].

Participants

Les parents ou tuteurs des élèves admissibles ont reçu une lettre d'information par la poste ou un appel automatisé au sujet de l'étude COMPASS leur demandant de communiquer avec le coordonnateur de recrutement COMPASS à l'aide d'un numéro de téléphone sans frais ou d'une adresse électronique dans le cas où ils ne voulaient pas que leur enfant participe à l'étude. Les élèves dont les parents ou les tuteurs n'ont pas communiqué avec l'équipe COMPASS pour retirer leur enfant de l'étude ont été jugés admissibles. Les élèves pouvaient également se retirer eux-mêmes de l'étude et refuser d'y participer en tout temps. Toutes les procédures ont été approuvées par le bureau d'éthique de la recherche de l'Université de Waterloo et par les conseils scolaires concernés. En Ontario, sur un total de 52 529 élèves inscrits de la 9e à la 12e année, 80,1 % (n = 41 734) des élèves ont répondu au questionnaire de l'élève COMPASS[28] et, en Alberta, parmi les 4 700 élèves fréquentant le secondaire (de la 9e à la 12e année), 77,1 % (n = 3 564) des élèves ont répondu au questionnaire en classe le jour prévu de collecte de données de leur école.

Outils de collecte des données

Le questionnaire COMPASS recueille des données sur les élèves portant sur diverses variables individuelles (par exemple l'âge, l'origine ethnique, le revenu disponible) et sur les comportements de santé, notamment l'activité physique, les comportements sédentaires fondés sur le temps passé devant un écran, l'intimidation et le sentiment d'appartenance à l'école. Les points mesurés dans le questionnaire sont fondés sur des normes nationales ou des lignes directrices nationales actuelles en matière de santé publique[28]. Pour rendre compte des variables météorologiques, nous avons recueilli des données sur la température et les heures de clarté pour chaque école COMPASS à l'aide du site Web sur les données climatiques d'Environnement Canada[29].

Nous avons mesuré les politiques et les programmes liés à l'activité physique et à l'intimidation à l'aide du questionnaire sur les politiques et les pratiques en milieu scolaire, une enquête imprimée qui doit être remplie par l'administrateur qui connaît le

mieux le contexte des programmes, des pratiques et des politiques de l'école. Nous avons noté la présence ou l'absence de politiques et de programmes pertinents ainsi que les modifications apportées aux programmes, aux politiques ou aux ressources scolaires liés à la santé des élèves.

Mesures

Mesures au niveau des élèves

On a demandé aux élèves d'indiquer, à l'aide de quatre points dans le questionnaire, combien de temps par jour, en moyenne, ils avaient consacré à chaque type de comportement devant un écran au cours des 7 derniers jours : (1) regarder des émissions de télévision ou des films, (2) jouer à des jeux vidéo ou d'ordinateur, (3) naviguer sur Internet et (4) envoyer des messages texte et des courriels. Le temps total passé devant un écran a été défini comme la somme des minutes consacrées à ces quatre activités et n'est pas lié au contexte (par exemple l'école ou la maison). Des études précédentes ont révélé que la fiabilité de test-retest pour ces éléments allait de raisonnable (télévision : coefficient de corrélation intraclasse [CCI] = 0,56) à modérée (jouer à des jeux vidéo ou d'ordinateur : CCI = 0,65; naviguer sur Internet : CCI = 0,71) et à importante (messages texte, messagerie, courriels : CCI = 0,86)[30,31].

Les élèves ont fait part de leur expérience liée à l'intimidation en répondant à la question suivante : « Au cours des 30 derniers jours, de quelle manière avez-vous été intimidé par d'autres élèves? » à l'aide des options de réponse suivantes : je n'ai pas été intimidé par d'autres élèves, agressions physiques, agressions verbales, cyberattaques et vol. On leur a également posé la question suivante : « Au cours des 30 derniers jours, de quelle manière avez-vous intimidé d'autres élèves? », à laquelle ils pouvaient répondre à l'aide des options de réponse suivantes : je n'ai pas intimidé d'autres élèves; agressions physiques, agressions verbales, cyberattaques et vol. Le questionnaire a également mesuré la perception du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école en demandant aux élèves d'indiquer s'ils étaient tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord ou fortement en désaccord avec les énoncés suivants : « je me sens proche des autres à l'école », « j'ai le sentiment d'appartenir à mon école », « je suis heureux de fréquenter mon école », « j'ai l'impression que les enseignants de mon école sont justes envers moi », « je me sens en sécurité à l'école », « c'est important pour moi d'avoir de bonnes notes ».

Mesures au niveau de l'école

Les variables étudiées au niveau de l'école pour notre étude étaient les politiques pour lutter contre l'intimidation et favoriser l'éducation physique. Les questions liées à la politique en matière d'intimidation pour les administrateurs scolaires étaient par exemple « L'intimidation représente-t-elle un problème dans votre école? » (Oui/Non), « Votre école a-t-elle des politiques en place pour lutter contre l'intimidation? » (Oui/Non) ou « Le cas échéant, veuillez les énumérer » (tableau 1).

Données météorologiques et sur la lumière du jour

Toutes les données météorologiques portaient sur les 7 jours précédant la date de collecte des données du questionnaire pour les données de rappel du temps passé devant un écran. Nous avons recueilli des données sur la température maximale (en degrés Celsius [°C]), les précipitations totales (en millimètres [mm]) et les heures totales de clarté (du lever au coucher du soleil).

Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.4. L'échantillon a été divisé en quatre groupes (garçons et filles de l'Ontario et garçons et filles de l'Alberta) et cinq modèles de régression linéaire à valeur aléatoire ont été créés pour chacune des cinq variables étudiées. Nous avons sélectionné des modèles à valeur aléatoire car ces derniers rendent compte des effets du regroupement des élèves dans chaque école. L'hypothèse principale de ces modèles est que les résultats moyens pour

TABLEAU 1
Description des politiques scolaires contre l'intimidation et des différences entre les écoles de l'Alberta et de l'Ontario quant au temps quotidien total passé devant un écran, selon la présence ou l'absence de politiques et programmes

Questions posées à l'échelle des écoles	Résultats obtenus à l'échelle des écoles (oui/non)	Temps quotidien total passé devant un écran, en minutes					
		Alberta		Valeur *p*	Ontario		Valeur *p*
		Oui	Non		Oui	Non	
Existe-t-il des politiques écrites dans votre école au sujet des éléments suivants? Par exemple, des politiques de lutte contre l'intimidation.	Alberta (oui = 2, non = 7) Ontario (oui = 3, non = 73)	440,2	477,3	0,0023	489,7	475,3	0,1615
Dans quels secteurs votre école reçoit-elle du soutien de la part de l'unité de santé publique locale de l'école? (Cochez tous les secteurs applicables.) Par exemple, pour lutter contre l'intimidation.	Alberta (oui = 1, champ vierge = 9) Ontario (oui = 27, champ vierge = 52)	535,2	461,4	0,0009	476,5	478,4	0,5492
L'intimidation représente-t-elle un problème dans votre école?	Alberta (oui = 8, non = 2) Ontario (oui = 45, non = 30)	477,0	441,9	0,0050	475,4	478,9	0,3060
Votre école possède-t-elle des programmes pour lutter contre l'intimidation?	Alberta (oui = 7, non = 3) Ontario (oui = 74, non = 5)	481,4	443,6	0,0014	477,3	482,3	0,4618

Remarques : Les valeurs *p* sont basées sur ANOVA et représentent les différences entre le total des comportements par jour associés au temps passé devant un écran dans la province selon la présence ou l'absence de politiques et programmes (oui/non).

Seules les variables statistiquement significatives obtenues à l'aide d'une régression multiple descendante ont été incluses dans les modèles.

chaque école varient en fonction de la moyenne générale du résultat pour toutes les écoles. Les coefficients estimés dans les modèles correspondent à l'augmentation du nombre de minutes passées devant un écran associée à une augmentation d'une unité dans les variables indépendantes avec stabilité des autres covariables. Les cinq variables étudiées à l'aide des modèles étaient la moyenne d'ensemble en minutes par jour du temps passé devant un écran et les divers comportements spécifiques liés au temps passé devant un écran (regarder la télévision, naviguer sur Internet, jouer à des jeux vidéo, communiquer). Les modèles ont été ajustés selon l'âge, l'origine ethnique, le revenu hebdomadaire disponible, les heures de clarté et les variables météorologiques.

Résultats

Comme l'indique le tableau 2, le temps total passé devant un écran (en minutes par jour) était similaire chez les filles (Ontario : moyenne = 473,7 ± 318,7; Alberta : 459,9 ± 325,0) et les garçons (Ontario : moyenne = 481,5 ± 332; Alberta : 476,9 ± 340,5) dans les deux provinces, une proportion importante de jeunes (41 %) ayant cumulé plus de 7,5 heures par jour devant un écran. Les garçons en Ontario et en Alberta ont consacré beaucoup plus de minutes par jour à jouer à des jeux vidéo que les filles ($< 0,0001$), tandis que les filles ont consacré plus de minutes par jour à des activités de communication avec écran et à la navigation sur Internet ($< 0,0001$) (tableau 2). Le temps passé à regarder la télévision était semblable chez les filles et les garçons dans les deux provinces.

La prévalence de la victimisation et de la perpétration de l'intimidation était semblable dans les deux provinces. Dans les deux provinces, la proportion de filles ayant indiqué avoir été intimidées au cours des 30 derniers jours était considérablement plus élevée que celle des garçons ($< 0,0001$) et la proportion de garçons ayant indiqué avoir intimidé les autres au cours des 30 derniers jours était considérablement plus élevée que celle des filles ($< 0,0001$) (tableau 2). Dans les deux provinces, les garçons ont indiqué être victimes d'un nombre considérablement plus élevé d'agressions physiques ($< 0,0001$) et les filles ont indiqué être victimes d'un plus grand nombre d'agressions verbales et de cyberattaques ($< 0,0001$). Les figures 1 et 2 illustrent qu'en Ontario et en Alberta, les jeunes ayant indiqué une participation à l'intimidation, à la fois comme auteurs et comme victimes, ont également indiqué avoir passé considérablement plus de temps devant un écran comparativement aux jeunes ayant indiqué être auteurs uniquement ou victimes uniquement et à ceux n'ayant indiqué aucune participation à l'intimidation ($< 0,0001$).

Les modèles linéaires à valeur aléatoire distincts pour les garçons en Ontario, les filles en Ontario et le nombre total d'élèves (garçons et filles) en Alberta ont permis d'examiner le rapport entre la perception des jeunes à l'égard du milieu scolaire, du sentiment d'appartenance à l'école, de la participation à l'intimidation (perpétration, victimisation) et de la non-participation à l'intimidation (c'est-à-dire ceux qui n'ont été ni auteurs d'actes d'intimidation ni victimes d'intimidation) et les comportements multiples liés au temps passé devant un écran (tableaux 3, 4, 5 et 6). En général, un plus grand sentiment d'appartenance à l'école était associé à moins de temps passé devant un écran dans tous les groupes (c'est-à-dire les garçons en Ontario, les filles en Ontario et tous les jeunes en Alberta). Par ailleurs, la participation à l'intimidation, comme auteur ou comme victime d'actes d'intimidation ou les deux, était associée à davantage de temps passé devant un écran dans tous les groupes.

Garçons en Ontario

Chez les garçons en Ontario, le fait de se sentir heureux et en sécurité à l'école et de considérer les enseignants comme justes était associé à un temps total passé devant un écran considérablement inférieur. Les garçons qui se sentaient en sécurité à l'école ont déclaré un temps de visionnement inférieur de la télévision, et les garçons qui avaient le sentiment de faire partie de leur école ont déclaré moins de temps à jouer à des jeux vidéo ou à naviguer sur Internet. Toutefois, les garçons qui se considéraient comme étant proches des autres à l'école ont consacré davantage de temps à des comportements de communication avec écran et ont cumulé plus de temps total passé devant un écran.

Les garçons qui ont déclaré avoir été agressés physiquement consacraient beaucoup plus de temps à visionner la télévision et avaient cumulé plus de temps total passé devant un écran. Ceux qui avaient intimidé les autres sur Internet et ceux qui étaient responsables de dommages matériels ou de vol passaient plus de temps à jouer à des jeux vidéo. Les garçons qui ont déclaré avoir participé à des agressions verbales consacraient beaucoup moins de temps à des comportements de communication avec écran. Chez les garçons qui n'avaient subi aucune forme d'intimidation que ce soit, le temps déclaré à jouer à des jeux vidéo était considérablement moins élevé.

Filles en Ontario

Chez les filles en Ontario, le fait de se sentir heureuses et en sécurité à l'école et de considérer les enseignants comme justes était associé à un temps total passé devant un écran considérablement inférieur. Les filles en Ontario qui se sentaient en sécurité et qui avaient le sentiment de faire partie de leur école ont déclaré un temps de visionnement de la télévision inférieur. Les filles qui ont dit se sentir heureuses et en sécurité à l'école ont déclaré moins de temps de navigation sur Internet. Chez les filles, le fait de se sentir heureuses et en sécurité à l'école et de considérer les enseignants comme étant justes a été davantage associé à un nombre inférieur de minutes par jour consacrées à des comportements de communication avec écran. Toutefois, comme c'était le cas chez les garçons, le fait chez les filles de se sentir proches des autres à l'école était lié à un temps passé devant un écran pour communiquer plus important et à un temps total passé devant un écran supérieur.

Les filles qui ont fait état de cyberattaques consacraient plus de temps à la navigation sur Internet et à des comportements de communication avec écran. Les filles qui ont intimidé d'autres personnes en ligne avaient également déclaré davantage de temps consacré à des comportements de communication avec écran. D'autres part, chez les filles qui n'ont signalé aucune participation à l'intimidation (c'est-à-dire celles qui n'ont pas commis ou subi d'actes d'intimidation), le temps passé devant un écran était considérablement inférieur. Les filles qui ont indiqué ne pas avoir commis d'actes d'intimidation consacraient moins de temps à la navigation sur Internet, à des comportements de communication avec écran et ont cumulé un temps total passé devant un écran inférieur. Les filles qui ont déclaré ne pas avoir été victimes d'intimidation consacraient moins de temps à des comportements de communication avec

TABLEAU 2
Caractéristiques individuelles et caractéristiques associées au temps passé devant un écran des élèves ayant participé à l'année 2 de l'étude COMPASS en Ontario et en Alberta (Canada), 2013-2014

Catégorie descriptive	Ontario (n = 41 324)				Alberta (n = 3 537)			
	Filles (n = 20 388)	Garçons (n = 20 936)	DL	Valeur *p*	Filles (n = 1 761)	Garçons (n = 1 776)	DL	Valeur *p*
Niveau scolaire (% et effectifs)								
9e	26,7 (5 445)	27,5 (5 742)	3	0,027	15,0 (264)	15,4 (274)	3	0,6978
10e	26,2 (5 344)	25,3 (5 277)			33,0 (582)	31,3 (556)		
11e	24,9 (5 062)	24,4 (5 099)			28,3 (499)	28,5 (505)		
12e	22,2 (4 511)	22,9 (4 777)			23,6 (416)	24,8 (440)		
Âge (ans) (% et effectifs)								
13	1,1 (229)	1,2 (250)	5	< 0,0001	0,4 (7)	0,6 (10)	5	0,0214
14	21,6 (4 405)	21,6 (4 517)			13,0 (229)	11,5 (204)		
15	25,9 (5 284)	24,8 (5 176)			29,4 (517)	26,8 (475)		
16	25,3 (5 155)	24,5 (5 129)			30,2 (531)	29,4 (522)		
17	20,2 (4 119)	20,6 (4 307)			22,2 (391)	24,8 (440)		
18	5,8 (1 179)	7,3 (1 528)			4,9 (86)	6,9 (123)		
Origine ethnique (% et effectifs)								
Blanc	75,3 (15 342)	73,2 (15 315)	5	< 0,0001	74,2 (1 307)	72,6 (1 290)	5	0,0067
Noir	3,2 (657)	4,9 (1 033)			1,2 (21)	2,8 (50)		
Asiatique	5,2 (1068)	5,2 (1 082)			3,4 (60)	4,4 (78)		
Autochtone	3,0 (613)	2,8 (591)			11,1 (195)	10,2 (182)		
Hispanique	1,9 (386)	2,2 (453)			0,5 (8)	0,2 (4)		
Autre/Mixte	11,4 (2 322)	11,8 (2 462)			9,7 (170)	9,7 (172)		
Catégories d'IMC (% et effectifs)								
Poids insuffisant	1,4 (282)	1,7 (350)	4	< 0,0001	1,4 (25)	1,8 (32)	4	< 0,0001
Poids santé	61,7 (12 574)	52,6 (11 021)			58,0 (1 022)	50,0 (888)		
Surpoids	11,4 (2 332)	16,7 (3 493)			11,8 (208)	16,9 (300)		
Obésité	4,1 (838)	8,3 (1 734)			6,0 (105)	10,1 (180)		
Non précisé	21,4 (4 362)	20,7 (4 338)			22,8 (401)	21,2 (376)		
Revenu hebdomadaire disponible (% et effectifs)								
Aucun	15,3 (3 127)	16,8 (3 513)	7	< 0,0001	13,9 (245)	14,3 (254)		< 0,0001
de 1 à 5 $	7,0 (1 428)	6,4 (1 331)			3,8 (67)	3,4 (61)		
de 6 à 10 $	8,1 (1 650)	7,9 (1 658)			6,0 (105)	4,1 (72)		
de 11 à 20 $	14,8 (3 016)	14,8 (3 105)			10,3 (181)	9,6 (170)		
de 21 à 40 $	13,1 (2 676)	12,3 (2 584)			12,6 (222)	12,4 (221)		
de 41 à 100 $	14,9 (3 037)	12,4 (2 600)			17,2 (303)	15,0 (266)		
Plus de 100 $	13,7 (2 787)	17,2 (3 591)			17,5 (309)	27,7 (492)		
Ne sait pas/ données manquantes	13,1 (2 667)	12,2 (2 554)			18,7 (329)	13,5 (240)		

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Caractéristiques individuelles et caractéristiques associées au temps passé devant un écran des élèves ayant participé à l'année 2 de l'étude COMPASS en Ontario et en Alberta (Canada), 2013-2014

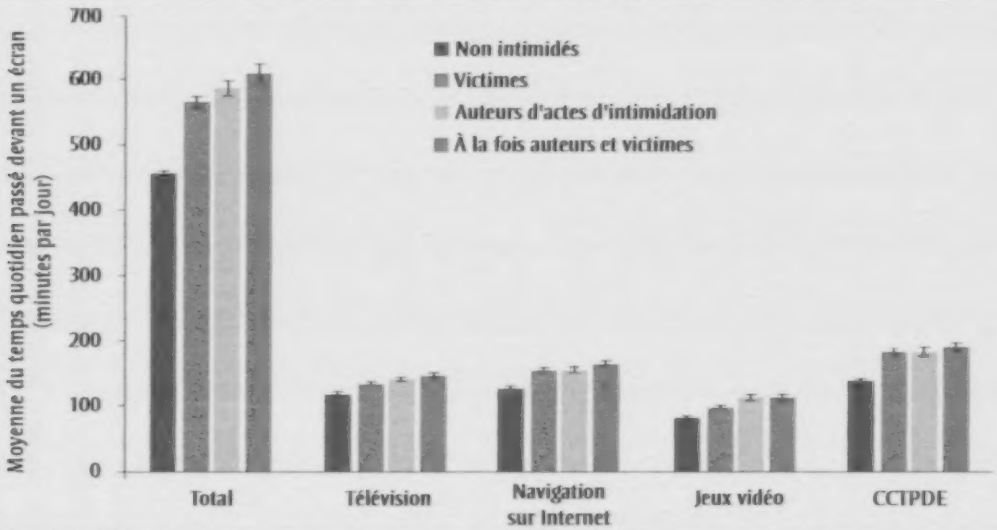
Catégorie descriptive	Ontario (n = 41 324)				Alberta (n = 3 537)			
	Filles (n = 20 388)	Garçons (n = 20 936)	DL	Valeur *p*	Filles (n = 1 761)	Garçons (n = 1 776)	DL	Valeur *p*
Victimisation et perpétration de l'intimidation (% et effectifs)								
Victimes d'intimidation	23,9 (4 867)	19,7 (4 120)			30,8 (542)	22,1 (392)		
Victimes d'agressions physiques	1,8 (358)	3,7 (775)	1	< 0,0001	2,6 (46)	5,3 (95)	1	< 0,0001
Victimes d'agressions verbales	17,5 (3 562)	11,8 (2 463)	1	< 0,0001	24,9 (438)	13,6 (241)	1	< 0,0001
Victimes de cyberattaques	8,2 (1 671)	2,9 (600)	1	< 0,0001	10,2 (179)	2,9 (52)	1	< 0,0001
Victimes de dommages matériels et de vol	2,6 (526)	3,4 (702)	1	< 0,0001	3,6 (63)	4,3 (77)	1	0,2476
Auteurs d'intimidation	10,3 (2 102)	15,9 (3 338)			11,9 (209)	18,0 (319)		
Auteurs d'agressions physiques	0,9 (187)	3,3 (681)	1	< 0,0001	0,4 (7)	4,7 (83)	1	< 0,0001
Auteurs d'agressions verbales	6,6 (1 353)	9,5 (1 984)	1	< 0,0001	9,3 (163)	11,7 (208)	1	0,0172
Auteurs de cyberattaques	2,1 (438)	1,8 (370)	1	0,0052	1,3 (23)	2,0 (36)	1	0,0941
Auteurs de vol et de dommages matériels	0,6 (118)	1,6 (328)	1	< 0,0001	0,3 (6)	1,7 (31)	1	< 0,0001
Non-participation à l'intimidation (% et effectifs)								
N'a pas intimidé les autres	89,7 (18 286)	84,1 (17 598)	1	< 0,0001	88,1 (1 552)	82,0 (1 457)	1	< 0,0001
N'a pas été intimidé	76,1 (15 521)	80,3 (16 816)	1	< 0,0001	69,2 (1 219)	77,9 (1 384)	1	< 0,0001
Multiples comportements associés au temps passé devant un écran (moyenne de minutes/jour et écart-type)								
Temps d'écran total	473,7 (318,7)	481,5 (332,0)		0,0153	459,9 (325,0)	476,9 (340,5)		0,1295
Télévision	122,6 (92,1)	120,4 (96,0)		0,0147	115,3 (89,1)	119,4 (98,1)		0,1945
Navigation sur Internet	143,0 (129,7)	117,3 (120,7)		< 0,0001	128,6 (133,8)	104,8 (118,5)		< 0,0001
Jeux vidéo	38,4 (81,4)	126,0 (28,4)		< 0,0001	43,7 (83,8)	125,4 (127,0)		< 0,0001
Comportements de communication associés au temps passé devant un écran	169,7 (165,3)	117,9 (45,3)		< 0,0001	172,2 (169,2)	127,2 (154,7)		< 0,0001

Abréviations : DL, degrés de liberté; IMC, indice de masse corporelle.

Remarque : Seules les variables statistiquement significatives obtenues à l'aide d'une régression multiple descendante ont été incluses dans les modèles.

FIGURE 1

Moyenne des comportements liés au temps quotidien passé devant un écran pour l'ensemble de la distribution des résultats, soit les auteurs d'actes d'intimidation, les victimes, les élèves à la fois auteurs et victimes d'actes d'intimidation et les élèves n'ayant pas participé à l'intimidation, Ontario (Canada), étude COMPASS (2013-2014)



Abréviation : CCTPDE, comportements de communication liés au temps passé devant un écran.

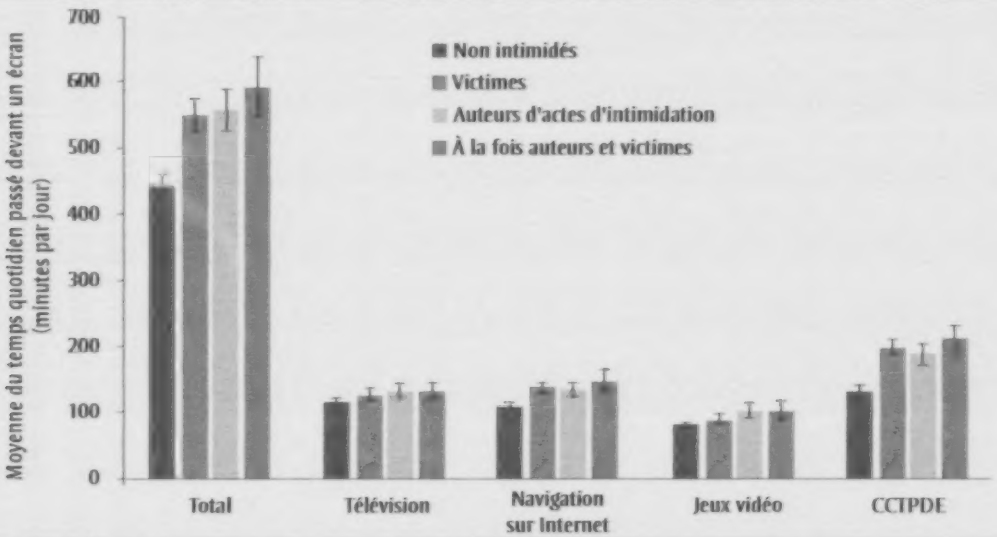
écran et ont cumulé un temps total passé devant un écran inférieur.

Les jeunes en Alberta

Les filles en Alberta qui avaient le sentiment de faire partie de leur école ont déclaré avoir consacré beaucoup moins de temps à jouer à des jeux vidéo. Tant les filles que les garçons ayant fait état de cyberattaques consacraient davantage de temps à des comportements de communication avec écran, les filles ayant également cumulé un temps total devant un écran plus élevé. Les filles et les garçons ayant indiqué ne pas avoir commis d'actes d'intimidation consacraient beaucoup moins de temps à des comportements de communication avec écran. Les filles et les garçons qui n'ont pas été intimidés consacraient beaucoup moins de temps à la navigation sur Internet et ont cumulé un temps total passé devant un écran inférieur, les filles ayant également consacré moins de temps

FIGURE 2

Moyenne des comportements liés au temps quotidien passé devant un écran pour l'ensemble de la distribution des résultats, soit les auteurs d'actes d'intimidation, les victimes, les élèves à la fois auteurs et victimes d'actes d'intimidation et les élèves n'ayant pas participé à l'intimidation, Alberta (Canada), étude COMPASS (2013-2014)



Abréviation : CCTPDE, comportements de communication liés au temps passé devant un écran.

TABLEAU 3
Modèle de régression linéaire à valeur aléatoire montrant le lien entre la perception du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école et la participation à l'intimidation au moyen de divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les garçons, Ontario (Canada), étude COMPASS (2013-2014)

	Garçons en Ontario									
	Télévision		Jeux vidéo		Navigation sur Internet		Temps consacré à la communication devant un écran		Temps total passé devant un écran	
	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %
Sentiment d'appartenance à l'école										
Proche des autres							0,19	0,14 à 0,23	0,05	0,01 à 0,09
Intégré à l'école			−0,10	−0,13 à −0,06	−0,08	0,02 à −0,12				
Heureux à l'école							−0,08	−0,13 à −0,04	−0,06	−0,10 à −0,02
Enseignants justes							−0,19	−0,24 à −0,15	−0,10	−0,14 à −0,06
En sécurité à l'école	−0,06	−0,09 à −0,03							−0,07	−0,12 à −0,02
Victimes d'intimidation										
Agressions physiques	0,25	0,14 à 0,35							0,33	0,19 à 0,48
Agressions verbales										
Cyberattaques					0,45	0,31 à 0,60	0,61	0,45 à 0,78	0,45	0,29 à 0,61
Auteurs d'actes d'intimidation										
Agressions verbales							−0,24	−0,41 à −0,06		
Cyberattaques			0,25	0,03 à 0,46						
Dommages matériels			0,18	−0,07 à 0,43						
Non-participation à l'intimidation										
N'a pas été intimidé			−0,14	−0,20 à −0,08						
N'a pas intimidé les autres										

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarque : Seules les variables statistiquement significatives obtenues à l'aide d'une régression multiple descendante ont été incluses dans les modèles.

à des comportements de communication avec écran.

Analyse

Notre étude visait à examiner le lien entre la perception du milieu scolaire, du sentiment d'appartenance à l'école et de la participation à l'intimidation avec divers comportements liés au temps passé devant un écran chez les jeunes, par le biais d'un large échantillon d'élèves de deux provinces canadiennes. Notre hypothèse selon laquelle la participation à l'intimidation et les perceptions négatives du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école sont liées à un temps supérieur passé devant un écran a été confirmée.

La moyenne de temps passé devant un écran chez les jeunes dans les deux provinces était de plus de 7,5 heures par jour, ce qui confirme que l'échantillon était représentatif des jeunes à l'échelle du Canada[32]. Le cumul élevé de temps passé devant un écran chez les jeunes s'explique par l'accès constant à divers appareils à écran, tant à l'école qu'à la maison[33]. Il est donc essentiel que les études saisissent la gamme complète de comportements liés au temps passé devant un écran. Les garçons ont passé considérablement plus de temps à jouer à des jeux vidéo que les filles, tandis que les filles ont consacré beaucoup plus de temps à des comportements de communication avec écran et à la navigation sur Internet. Ces résultats soulignent la nécessité d'effectuer des interventions sexospécifiques pour réduire le temps passé devant un écran chez les jeunes[33].

Les filles en Ontario qui avaient le sentiment de faire partie de leur école passaient moins de temps en moyenne à regarder la télévision. Des études antérieures semblent indiquer que le temps passé à regarder la télévision est associé à la solitude et à une participation sociale inférieure[34,35]. Les jeunes qui ont indiqué avoir le sentiment de faire partie de leur école étaient plus nombreux à participer activement à des activités scolaires, et avaient donc un engagement social supérieur et passaient moins de temps à regarder la télévision.

Toutefois, le fait de se sentir proche des autres à l'école était associé à davantage de

TABLEAU 4
Modèle de régression linéaire à valeur aléatoire montrant le lien entre la perception du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école et la participation à l'intimidation au moyen de divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les filles, Ontario (Canada), étude COMPASS (2013-2014)

	Filles en Ontario									
	Télévision		Jeux vidéo		Navigation sur Internet		Temps passé devant un écran lié à la communication		Temps total passé devant un écran	
	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %
Sentiment d'appartenance à l'école										
Proche des autres							0,12	0,08 à 0,16	0,06	0,03 à 0,10
Intégrée à l'école	−0,06	−0,09 à −0,03								
Heureuse à l'école					−0,12	−0,16 à −0,09	−0,08	−0,13 à −0,04	−0,13	−0,17 à −0,09
Enseignants justes							−0,19	−0,24 à −0,14	−0,13	−0,17 à −0,09
En sécurité à l'école	−0,07	−0,10 à −0,03			−0,09	−0,14 à −0,05	−0,12	−0,17 à −0,06	−0,14	−0,19 à −0,09
Victimes d'intimidation										
Cyberattaques					0,21	0,12 à 0,29	0,49	0,37 à 0,61		
Auteurs d'actes intimidation										
Cyberattaques							0,39	0,19 à 0,60		
Non-participation à l'intimidation										
N'a pas été intimidée							−0,19	−0,27 à − 0,11	−0,17	−0,25 à −0,10
N'a pas intimidé les autres					−0,20	−0,28 à −0,13	−0,21	−0,31 à −0,10	−0,30	−0,39 à −0,21

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarque : Seules les variables statistiquement significatives obtenues à l'aide d'une régression multiple descendante ont été incluses dans les modèles.

temps passé à des comportements de communication avec écran et à un temps total passé devant un écran supérieur, tant chez les garçons que chez les filles en Ontario. Ces résultats sont conformes aux recherches antérieures qui montrent que les comportements de communication associés au temps passé devant un écran (par exemple l'envoi de messages texte, la messagerie instantanée) sont devenus la méthode principale et préférée de communication interpersonnelle chez les jeunes et sont associés à des tentatives pour améliorer leur sentiment d'appartenance[36,37]. L'association de l'augmentation du temps passé devant un écran avec des comportements de communication pourrait expliquer pourquoi le temps total passé devant un écran est supérieur chez les jeunes qui se sentent plus proches des autres à l'école. Il semble y avoir des influences réciproques en ce qui concerne les diverses composantes du sentiment d'appartenance à l'école et son *lien avec divers comportements associés* au temps passé devant un écran. D'après nos modèles, les garçons et les filles en Ontario qui se sentaient heureux et en sécurité à l'école et qui considéraient leurs enseignants comme justes ont indiqué des niveaux inférieurs de temps passé devant un écran en lien avec les divers comportements liés à ce temps. Ces résultats confirment qu'une perception positive du milieu scolaire et un sentiment accru d'appartenance à l'école pourraient jouer un rôle important dans la diminution du temps passé devant un écran chez les jeunes.

La perpétration de l'intimidation et la victimisation ont toutes deux été associées chez les jeunes à un temps supérieur passé devant un écran. Comparativement aux jeunes ayant déclaré ne pas avoir participé à l'intimidation, les jeunes qui s'étaient livré à des actes d'intimidation, les victimes d'intimidation et ceux qui avaient été à la fois auteurs et victimes d'actes d'intimidation passaient en moyenne plus de minutes par jour devant un écran, toutes catégories de temps passé devant un écran confondues.

Le taux de prévalence de la participation à l'intimidation au cours du mois précédent était d'environ 20 % chez les filles et les garçons en Alberta et en Ontario, ce qui est similaire aux taux de prévalence de la participation à l'intimidation au Canada déclaré antérieurement[38]. La participation à l'intimidation différait chez les garçons et les filles selon le type de comportement lié à l'intimidation. Un plus grand nombre de garçons ont signalé être victimes et auteurs de violence physique, auteurs d'agressions verbales et auteurs de dommages matériels ou de vols. Davantage de filles ont signalé être victimes d'agressions verbales, et à la fois victimes et auteurs de cyberintimidation. Ces constatations confirment les résultats de la littérature existante selon lesquels les garçons sont plus susceptibles de participer à des agressions physiques tandis que les filles participent habituellement à la perpétration de l'intimidation par des agressions sociales[38].

L'étude révèle une tendance constante dans les quatre cohortes, selon laquelle les

TABLEAU 5
Modèle de régression linéaire à valeur aléatoire montrant le lien entre la perception du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école et la participation à l'intimidation au moyen de divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les garçons, Alberta (Canada), étude COMPASS (2013-2014)

	Garçons en Alberta									
	Télévision		Jeux vidéo		Navigation sur Internet		Temps passé devant un écran lié à la communication		Temps total passé devant un écran	
	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %
Victimes d'intimidation										
Cyberattaques							1,35	0,76 à 1,94		
Non-participation à l'intimidation										
N'a pas été intimidé					−0,37	−0,56 à −0,17			−0,25	−0,48 à −0,02
N'a pas intimidé les autres							−0,48	−0,75 à −0,21		

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarque : Seules les variables statistiquement significatives obtenues à l'aide d'une régression multiple descendante ont été incluses dans les modèles.

victimes de cyberattaques consacraient plus de temps à des activités de communication avec écran. Les auteurs de cyberintimidation chez les filles en Ontario consacraient plus de temps à des activités de communication avec écran, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les filles participent surtout à la perpétration de l'intimidation par la manipulation sociale[39].

Les filles tant en Ontario qu'en Alberta consacraient beaucoup plus de temps que les garçons à naviguer sur Internet et à des comportements de communication avec écran. Des études antérieures ont également révélé que le risque de cyberintimidation augmente en fonction du temps passé sur Internet, notamment le temps de clavardage[10,11]. La cyberintimidation est différente des autres types d'intimidation car elle peut avoir lieu n'importe où et n'importe quand, à l'aide de multiples appareils numériques. Par ailleurs, les jeunes qui participent à la perpétration d'actes de cyberintimidation sont plus susceptibles d'être impliqués dans l'intimidation à l'école, que ce soit comme auteur ou comme victime[11].

En Ontario, la perpétration de l'intimidation par des dommages matériels ou des vols a été associée à un temps supérieur consacré à jouer à des jeux vidéo chez les garçons. Ces résultats sont conformes à l'étude de cohorte prospective de Janssen et ses collaborateurs[10], qui révèle que la pratique des

TABLEAU 6
Modèle de régression linéaire à valeur aléatoire montrant le lien entre la perception du milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à l'école et la participation à l'intimidation au moyen de divers comportements associés au temps passé devant un écran chez les filles, Alberta (Canada), étude COMPASS (2013-2014)

	Filles en Alberta									
	Télévision		Jeux vidéo		Navigation sur Internet		Temps passé devant un écran lié à la communication		Temps total passé devant un écran	
	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %	Estimation	IC à 95 %
Sentiment d'appartenance à l'école										
Intégrée à l'école			−0,24	−0,37 à −0,10						
Victimes d'intimidation										
Cyberattaques							0,38	0,05 à 0,72	0,52	0,19 à 0,84
Non-participation à l'intimidation										
N'a pas été intimidée					−0,17	−0,34 à −0,00	−0,45	−0,69 à −0,21	−0,28	−0,50 à −0,07
N'a pas intimidé les autres							−0,32	−0,60 à −0,03		

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarque : Seules les variables statistiquement significatives obtenues à l'aide d'une régression multiple descendante ont été incluses dans les modèles.

jeux vidéo est un facteur prédictif de violence physique chez les élèves du secondaire.

Les preuves les plus concluantes du lien étroit qui existe entre la perpétration de l'intimidation ou la victimisation et les comportements liés au temps passé devant un écran résident peut-être dans les résultats selon lesquels, parmi les quatre cohortes, la non-participation à l'intimidation (c'est-à-dire les jeunes qui ne sont ni auteurs ni victimes d'actes d'intimidation) était associée à un nombre moins élevé de comportements liés au temps passé devant un écran. Ces comportements sont complexes non seulement parce qu'ils sont favorisés par un accès constant à un éventail d'appareils numériques (par exemple la télévision, les ordinateurs portables et de bureau, les tablettes) mais aussi en raison des répercussions diverses de chacun de ces comportements. Par exemple, tant le fait de regarder la télévision que de jouer à des jeux vidéo est associé à une plus grande solitude et à une faible participation sociale[13,32,33], les jeux vidéo étant également associés à la violence physique[10] et le visionnement de la télévision à de mauvais choix nutritionnels liés à l'obésité[40,41].

Les comportements de communication liés à un écran sont plus complexes puisque, bien qu'ils soient associés à la participation sociale et aux relations[36], ils sont également associés à la cyberintimidation[10,11]. En outre, il existe une différence sexospécifique dans les comportements liés au temps passé devant un écran : les garçons passent beaucoup plus de temps à jouer à des jeux vidéo et les filles consacrent beaucoup plus de temps à communiquer.

Compte tenu de la hausse constante de la dépendance liée à l'utilisation d'appareils avec écran chez les jeunes[37], la restriction à leur accès est devenue extrêmement difficile. On peut multiplier les types de comportements devant un écran grâce à l'accès à divers appareils. Par exemple, les jeunes peuvent regarder la télévision, jouer à des jeux vidéo, naviguer sur Internet et communiquer par messages texte, par messagerie en ligne ou par courriel à l'aide d'ordinateurs portatifs, d'ordinateurs de bureau, de tablettes, et même de téléphones intelligents, parfois en même temps. Dans ce cas, les stratégies employées pour réduire au minimum le temps passé devant un écran devraient aller au-delà du fait de limiter l'accès aux appareils à écran.

Il est difficile du point de vue théorique de prouver l'existence d'un lien linéaire unidirectionnel entre les divers comportements liés au temps passé devant un écran et l'intimidation, en particulier dans le cas d'une étude transversale. Le temps passé devant un écran et l'intimidation sont des comportements complexes qui doivent être analysés à l'aide d'études plus robustes et d'une perspective scientifique pour déterminer si leur relation est causale ou plus complexe[42-44]. Il demeure que la preuve d'une association entre l'intimidation, le sentiment d'appartenance à l'école et le temps passé devant un écran a des implications sur les politiques mises en œuvre dans les écoles en ce qui concerne la lutte contre la perpétration de l'intimidation et la prévalence de comportements associés au temps passé devant un écran.

Puisque la non-participation à l'intimidation présente un lien négatif important avec les divers comportements associés au temps passé devant un écran, les politiques scolaires visant à lutter contre l'intimidation et à réduire le temps passé devant un écran pourraient offrir une approche novatrice de réduction des comportements néfastes chez les jeunes. Les politiques scolaires devraient mettre toutefois l'accent sur l'amélioration de la perception des jeunes de leur milieu scolaire et du sentiment d'appartenance à leur école puisque cela permettrait de prévenir l'intimidation et de réduire le temps passé devant un écran.

Forces et limites

La principale force de notre étude réside dans la taille de l'échantillon des écoles et la distribution dans deux provinces canadiennes des participants ayant fait état de divers comportements associés au temps passé devant un écran. Toutefois, la modélisation de ces comportements ainsi que la représentation et l'interprétation des résultats peuvent constituer un défi en raison du grand nombre de facteurs indépendants devant être évalués pour chaque comportement. La sous-déclaration potentielle, le biais de rappel et les données manquantes constituent les principales limites de l'étude en raison de l'utilisation de données autodéclarées. Néanmoins, les mesures de l'enquête COMPASS utilisée dans notre étude ont déjà montré une fiabilité et une validité satisfaisantes[29]. Le manque de contexte constitue une autre limite en ce qui concerne les comportements associés au temps passé devant un écran car on ne connaît pas le type d'appareils numériques utilisé par les jeunes pour cumuler les divers types de comportements ni l'endroit où ces appareils sont utilisés (la maison ou l'école par exemple). Il est important de comprendre les nuances et la distribution des comportements associés au temps passé devant un écran pour les différents appareils et contextes physiques afin d'adapter les interventions stratégiques visant à réduire ce temps.

Des enquêtes spécifiques aptes à saisir le cumul des différents comportements associés au temps passé devant un écran à l'aide de différents types d'écrans ou d'appareils et des évaluations globales ponctuelles déployées à l'aide de téléphones intelligents pourraient fournir les données actuellement manquantes au sujet des appareils utilisés et des contextes physiques[45]. Des études réalisées à l'aide de téléphones intelligents pourraient également réduire le biais de rappel et mesurer le comportement associé au temps passé devant l'écran d'un téléphone intelligent[46]. Enfin, puisque notre étude est de nature transversale, il est impossible d'établir des inférences causales. Or il pourrait y avoir des voies par lesquelles un temps accru passé devant un écran pourrait entraîner une plus grande exposition à l'intimidation, en particulier lorsqu'il est question du lien entre l'utilisation d'ordinateurs et de jeux vidéo et la violence physique[10] ainsi que le risque de victimisation en ligne[11].

Conclusion

Notre étude est la première à examiner de manière simultanée le lien entre la participation à l'intimidation, la perception des jeunes à l'égard de leur milieu scolaire et leur sentiment d'appartenance et divers comportements associés au temps passé devant un écran. Nos résultats indiquent que les politiques scolaires devraient mettre l'accent sur l'amélioration du sentiment d'appartenance à l'école et cibler tant l'intimidation que le temps passé devant un écran pour maximiser la réduction de ces comportements complexes et néfastes.

Remerciements

L'étude COMPASS a reçu le soutien d'une subvention transitoire de l'Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des Instituts de recherche en santé du Canada, grâce à l'attribution du financement prioritaire « Obesity-Interventions to

Prevent or Treat » (Interventions pour prévenir ou traiter l'obésité) (OOP-110788; subvention accordée à S. Leatherdale) et d'une subvention de fonctionnement de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (MOP-114875; subvention accordée à S. Leatherdale). Nous tenons à remercier Chad Bredin, gestionnaire de projet de COMPASS, grâce auquel l'acquisition et le traitement des données ont été possibles.

Conflits d'intérêts

Hormi le fait que M. Leatherdale est titulaire d'une chaire de recherche appliquée en santé publique financée par l'IRSC-ASPC et rédacteur scientifique adjoint de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, aucun conflit d'intérêts n'existe.

Contributions des auteurs et avis

TRK a conçu l'étude, interprété les données et participé à la rédaction de l'article. AST et RL ont interprété les données et participé à la rédaction. WQ a analysé les données et participé à la rédaction de l'article. STL a conçu l'étude et a obtenu et interprété les données. Tous les auteurs ont révisé l'article et approuvé sa version finale.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatifs de ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Tremblay MS, LeBlanc AG, Janssen I, Kho ME, Hicks A, Murumets K, et al. Directives canadiennes en matière de comportement sédentaire à l'intention des jeunes. Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme 2011;36(1): 59-64;65-71.

2. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. Int J Behav Nutr Phys. 2011;21(8):98.

3. Lenhart A. Teens, smartphones & texting. Pew Internet and American Life Project. 2012;19:1-34.

4. Strasburger VC, Hogan MJ. Children, Adolescents, and the Media. Pediatr. 2013;132:958-961.

5. Mark AE, Janssen I. Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents. J Public Health. 2008;30(2):153-160.

6. Bener A, Al-Mahdi HS, Vachhani PJ, Al-Nufal M, Ali AI. Do excessive internet use, television viewing and poor lifestyle habits affect low vision in school children? J Child Health Care. 2010;14(4):375-385.

7. Carson V, Pickett W, Janssen I. Screen time and risk behaviors in 10- to 16-year-old Canadian youth. Prev Med. 2011;52(2):99-103.

8. Maras D, Flament MF, Murray M, Buchholz A, Henderson KA, Obeid N, et al. Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. Prev Med. 2015;73:133-138.

9. Bai Y, Chen S, Laurson KR. The associations of youth physical activity and screen time with fatness and fitness: The 2012 NHANES National Youth Fitness Survey. PloS One. 2016;11(1): e0148038.

10. Janssen I, Boyce WF, Pickett W. Screen time and physical violence in 10 to 16-year-old Canadian youth. Int J Public Health. 2012;57(2):325-331.

11. Mishna F, Khoury-Kassabri M, Gadalla T, Khoury-Kassabrib M, Gadallaa T, Daciuka J. Risk factors for involvement in cyber bullying: victims, bullies and bully-victims. Child Youth Serv Rev. 2012;34(1):63-70.

12. Mathers M, Canterford L, Olds T, Hesketh K, Ridley K, Wake M. Electronic media use and adolescent health and well-being: cross-sectional community study. Acad Pediatr. 2009;9(5): 307-314.

13. Rosen LD, Lim AF, Felt J, Carrier LM, Cheever NA, Lara-Ruiz JM, et al. Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits. Comput Human Behav. 2014; 34:365-374.

14. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. J Exp Criminol. 2011;7(1): 27-56.

15. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. Eur J P Health. 2015;15(2):128-132.

16. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. Int J Public Health. 2009;54(2):216-224.

17. McDougall P, Vaillancourt T. Long-term adult outcomes of peer victimization in childhood and adolescence: pathways to adjustment and maladjustment. Am Psychol. 2015;70(4): 300-310.

18. Lereya ST, Winsper C, Heron J, Lewis G, Gunnell D, Fisher HL, et al. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(6):608-618.

19. Hertz MF, Everett Jones S, Barrios L, David-Ferdon C, Holt M. Association between bullying victimization and health risk behaviors among high school students in the United States. J Sch Health. 2015;5(12):833-842.

20. Antoniadou N, Kokkinos CM. Cyber and school bullying: same or different phenomena? Aggress Violent Behav. 2015;25:363-372.

21. Låftman SB, Modin B, Östberg V. Cyberbullying and subjective health: a large-scale study of students in Stockholm, Sweden. Child Youth Serv. Rev. 2013;35(1):112-119.

22. Pearce N, Cross D, Monks H, Waters S, Falconer S. Current evidence of best practice in whole-school bullying intervention and its potential to inform cyberbullying interventions. Aust. J. Guid. Couns. 2011;21(1):1-21.

23. Currie C, Zanotti C, Morgan A. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen (DK): WHO Regional Office for Europe; 2012.

24. Richard JF, Schneider BH, Mallet P. Revisiting the whole-school approach to bullying: Really looking at the whole school. Sch Psychol Int. 2012; 33(3):263-284.

25. Katapally TR, Laxer RE, Qian W, Leatherdale ST. Do school physical activity policies and programs have a role in decreasing multiple screen time behaviours among youth? Prev Med. 2018;110:106-113. doi: 10.1016/j.ypmed .2017.11.026.

26. Katapally TR, Muhajarine N. Capturing the interrelationship between objectively measured physical activity and sedentary behaviour in children in the context of diverse environmental exposures. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(9):10995-1011.

27. Katapally TR, Rainham D, Muhajarine N. The influence of weather variation, urban design and built environment on objectively measured sedentary behaviour in children. AIMS Public Health. 2016;3(4):663-681.

28. Leatherdale ST, Brown KS, Carson V, Childs RA, Dubin JA, Elliott SJ, et al. The COMPASS study: a longitudinal hierarchical research platform for evaluating natural experiments related to changes in school-level programs, policies and built environment resources. BMC Public Health. 2014;8(14):331.

29. Environnement Canada. Données climatiques [Internet]. [consultation le 15 août 2017]. En ligne à : http://climate .weather.gc.ca/index_f.html

30. Leatherdale ST, Harvey A. Examining communication-and media-based recreational sedentary behaviors among Canadian youth: results from the COMPASS study. Prev Med. 2015;74: 74-80.

31. Leatherdale ST, Laxer RE, Faulkner G. Reliability and validity of the physical activity and sedentary behaviour measures in the COMPASS study. COMPASS Technical Report Series. 2014;(2):1-16.

32. Leatherdale ST, Ahmed R. Comportements associés au temps passé devant un écran : les enfants canadiens passent-ils leur temps vautrés sur un divan? Maladies chroniques et blessures au Canada. 2011;31(4):141-147.

33. Rideout V. The common sense census: Media use by tweens and teens. San Francisco : Common Sense Media; 2015. En ligne à : https://www .commonsensemedia.org

34. Bickham DS, Rich M. Is television viewing associated with social isolation? Roles of exposure time, viewing context, and violent content. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160(4): 387-92.

35. Primack BA, Swanier B, Georgiopoulos AM, Land SR, Fine MJ. Association between media use in adolescence and depression in young adulthood: a longitudinal study. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(2):181-188.

36. Skierkowski D, Wood RM. To text or not to text? The importance of text messaging among college-aged youth. Comput Human Behav. 2012;28(2): 744-756.

37. Walsh SP, White KM, Young RM. The phone connection: a qualitative exploration of how belongingness and social identification relate to mobile phone use amongst Australian youth. J Community Appl Soc Psychol. 2009; 19(3):225-240.

38. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ, Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158(8):730-736.

39. Graham S. Victims of bullying in schools. Theor Pract. 2016;55(2): 136-144.

40. Vandewater EA, Park SE, Hébert ET, Cummings HM. Time with friends and physical activity as mechanisms linking obesity and television viewing among youth. Int J Behav Nutr Phys Act. 2015;12(1):S6.

41. Borghese MM, Tremblay MS, Leduc G, Boyer C, Bélanger P, LeBlanc AG, et al. Television viewing and food intake during television viewing in normal-weight, overweight and obese 9-to 11-year-old Canadian children: a cross-sectional analysis. J Nutr Sci. 2015; 4:e8.

42. Lich KH, Finexi EM, Osgood ND, Mabry PL. A call to address complexity in prevention science research. Prev Sci. 2013;14:279-289.

43. Roux AV. Complex systems thinking and current impasses in health disparities research. Am J Pub Health. 2011; 101(9):1627-34.

44. Pearce N, Merletti F. Complexity, simplicity, and epidemiology. Int J Epidemiol. 2006;35:515-519.

45. Stone AA, Schwartz JE, Neale JM, Shiffman S, Marco CA, Hickcox M, et al. A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. J Pers Soc Psychol. 1998;74(6);1670-1680.

46. Biddle SJ, Gorely T, Marshall SJ, Cameron N. The prevalence of sedentary behavior and physical activity in leisure time: a study of Scottish adolescents using ecological momentary assessment. Prev Med. 2009;48(2): 151-155.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.04f

Aperçu

Intégrer l'équité : examen d'interventions visant l'amélioration de la santé mentale

Andrea Simpson, M. Sc. (1); April Furlong, M.A. (2); Nina Jetha, Maîtrise en santé publique (3)

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Au Canada, il est difficile de trouver des exemples d'interventions positives en santé mentale auprès de la population qui respectent les normes scientifiques en matière de données probantes. Il est encore plus difficile de cerner des interventions efficaces qui traitent de l'équité en santé. La divergence entre les normes en matière de données probantes en sciences de la santé et les données effectivement tirées des expériences sociales n'est pas nouvelle. Les efforts déployés pour résoudre ces différences conduisent à une tendance en faveur des interventions contrôlées en santé publique. Cependant, il est possible d'extraire des résultats d'interventions quasi-expérimentales qui répondent aux normes scientifiques tout en ayant le potentiel d'avoir un impact positif sur l'équité en santé mentale. Cet article décrit le travail entrepris en 2015 pour commencer à combler cette lacune.

Mots-clés : axé sur l'équité, santé mentale, qualité des données probantes, validité externe, conception des interventions, données probantes pour l'équité

Points saillants

- La plupart des interventions axées sur l'équité identifiées dans cet examen n'ont pas employé de méthodologie validée pour évaluer l'efficacité.
- Il semble y avoir un compromis entre l'innovation sociale pour faire avancer l'équité en santé mentale et la qualité des données probantes générées.
- Par conséquent, plusieurs interventions en santé mentale qui abordent l'équité et qui sont pertinentes des points de vue culturel et contextuel continuent de passer inaperçues ou de ne pas être signalées.
- Les auteures proposent trois moyens de combler cette lacune.

Introduction

Bien que de nombreux Canadiens aient une bonne santé mentale, des disparités importantes persistent, voire augmentent dans certains domaines[1]. Les données probantes révèlent que certains groupes de population sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé mentale en raison de circonstances sociales, matérielles et économiques, par exemple des expériences de discrimination quotidienne ou d'insécurité alimentaire[2]. Les jeunes Autochtones et les jeunes issus des minorités sexuelles et de genre font partie des groupes qui souffrent de taux élevés de détresse psychologique[3,4]. En ciblant les conditions de vie susceptibles de nuire à la santé mentale, on peut améliorer le bien-être de tous, ce qui vient en aide aux plus vulnérables. On peut le constater dans le secteur du logement, où des investissements pour fournir un abri permanent sécuritaire aux personnes à faible revenu peuvent changer la vie de jeunes itinérants, qui souffrent de taux élevés de problèmes de santé mentale[5].

Dans notre contexte, l'équité en santé désigne « l'absence de différences évitables ou modifiables entre les populations ou des groupes définis socialement, économiquement ou géographiquement. Ces différences mesurables en santé découlent de niveaux sous-jacents d'avantages/de désavantages sociaux, montrent une tendance constante dans toute la population et sont considérées comme injustes. »[6]

Les problèmes de santé mentale peuvent toucher n'importe quel individu comme n'importe quelle famille. Toutefois, la démarche vers le rétablissement est, en partie, influencée par le cours de la vie, de la prime enfance aux vieux jours[7]. L'exposition à des traumatismes peut avoir des résultats différents en fonction des compétences de vie d'une personne et des soutiens sociaux dont elle bénéficie. Ces conditions définissent la capacité d'une personne à composer avec les événements stressants de la vie[8].

D'après les statistiques canadiennes de surveillance des maladies chroniques, plus d'une personne sur dix est aux prises avec un trouble de l'humeur ou un trouble d'anxiété au Canada, ce qui constitue près des trois quarts de la population utilisant annuellement des services de santé en raison d'une maladie mentale[9]. Parmi les 4 000 personnes décédées de suicide chaque année au Canada, plus de 90 % ont souffert d'un problème de santé mentale[10]. Le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes entre 10 et 29 ans[10]. Les garçons représentent 65 % des suicides parmi les 15 à 19 ans, et plus

Rattachement des auteures :

1. Agence de santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Gestion de projet, Évaluation et planification, Toronto (Ontario), Canada
3. Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Andrea Simpson; tél. : 902-566-8281; courriel : Andrea.simpson@canada.ca

de 80 % des hospitalisations pour blessures autoinfligées parmi ce même groupe d'âge concernent des jeunes filles de 15 à 19 ans[11,12]. Même si cela est peut-être moins connu, les filles de 10 à 14 ans représentent 59 % des suicides parmi ce groupe d'âge[11]. Ces statistiques révèlent les différences importantes entre les genres en ce qui a trait aux niveaux de vulnérabilité durant la période où les filles, les garçons et les enfants de diverses identités de genre deviennent des adolescents et des jeunes adultes, ce qui renforce la nécessité d'appliquer l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACFSG) aux initiatives de promotion de la santé mentale et de prévention de la maladie mentale[9,13]. De plus, des recherches sur les populations transgenres révèlent une relation inquiétante entre les circonstances de vie des individus et les risques de suicide et d'autres comportements autodestructeurs[4]. Par conséquent, il est temps de contextualiser les problèmes de santé mentale en mettant en œuvre des politiques, des programmes et des interventions qui peuvent réduire ou éliminer les obstacles systémiques et structurels à l'égard de l'équité en santé mentale.

Méthodologie

Dans le cadre de ses efforts visant à promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a lancé en 2008 le Portail canadien des pratiques exemplaires (le Portail), base de données consultable en ligne portant sur les interventions en santé auprès de la population considérées comme « pratiques prometteuses », « pratiques exemplaires » ou « méthodes autochtones éprouvées » en fonction de critères spécifiques.

Cet article décrit le travail entrepris en 2015 pour recenser les interventions en santé mentale sur le Portail dont la conception et les répercussions sont axées sur l'équité, s'appuyant sur le travail antérieur portant sur les poids santé[14].

Toutes les interventions en santé mentale respectant les critères d'équité ont aussi été évaluées à l'aide de l'outil d'évaluation détaillé élaboré pour le Portail[14], qui permet d'évaluer les interventions en fonction de trois grands domaines : l'incidence, l'adaptabilité et la qualité des données probantes. Seules les interventions en santé mentale jugées comme « pratiques prometteuses » ou « pratiques exemplaires » sur l'échelle d'évaluation , ou qui répondaient aux critères des Méthodes autochtones éprouvées, ont été incluses dans notre examen. La plupart des interventions ont été exclues parce qu'elles n'ont pas obtenu le score minimal en matière de qualité des données probantes.

En outre, des critères précis ont été utilisés pour que les interventions soient considérées comme axées sur l'équité. Les interventions devaient : 1) faire état de résultats positifs pour les personnes vivant dans des conditions défavorables (ces résultats peuvent ou non être comparés à ceux de personnes vivant dans des conditions plus avantageuses) et *soit* 2) cibler directement des personnes vivant dans des conditions défavorables, *soit* 3) inclure des activités axées sur des objectifs particuliers en matière d'équité en santé (p. ex. qui tiennent compte de l'exposition disproportionnée à des facteurs nuisibles à la santé)[14].

Résultats

Nous avons d'abord examiné les 113 interventions en santé mentale affichées au départ sur le Portail. Parmi elles, seulement 11 ont satisfait aux critères relatifs à l'équité en santé (après avoir satisfait aux nouveaux critères de pratique exemplaire ou de pratique prometteuse). Une recherche externe a permis de recenser huit nouvelles interventions ayant répondu aux critères d'évaluation de base en matière de promotion de la santé mentale. Cependant, seules deux d'entre elles ont satisfait aux critères d'équité en santé, pour un total combiné de 13 interventions. Nous présentons dans le tableau 1 cinq exemples d'interventions ayant respecté les normes minimales ayant trait aux données probantes, ainsi que les critères d'équité en santé.

Les interventions en santé mentale qui se sont qualifiées portaient généralement sur des changements comportementaux à l'échelle de la personne ou de la famille. Quelques-unes ciblaient la culture scolaire, domaine qui a fait l'objet d'une croissance exponentielle, mais a donné lieu à peu d'études rigoureuses. Une exception – une intervention en matière de logement (Housing, Insulation and Health Study) – a révélé des preuves d'incidence positive sur le bien-être global, en ciblant des changements apportés à l'environnement physique (tableau 1). Selon la même étude, les logements mieux isolés ont produit des améliorations importantes sur le plan du fonctionnement social et émotionnel ainsi que de meilleurs résultats en santé physique par rapport au groupe témoin. Les personnes du groupe faisant l'objet de l'intervention ont également montré une amélioration importante des mesures de vitalité, de bonheur et de santé générale par rapport au groupe témoin. De tels exemples apportent les données probantes dont on a besoin quant à la façon dont les changements dans l'environnement physique (en investissant au niveau médian et en amont) peuvent avoir des résultats positifs et durables en matière de santé mentale. Nous n'avions peut-être pas anticipé les bénéfices psychosociaux de l'amélioration de la qualité du logement en bâtiment. Cependant, il ne faut pas négliger ce résultat, qui cache un potentiel en ce qui a trait à l'impact sur la santé mentale des Canadiens vivant dans des habitats défectueux, dont plusieurs se heurtent à des obstacles systémiques dans leur quête d'une santé mentale positive.

Ces cinq exemples peuvent également illustrer un autre résultat important, c'est-à-dire que les études qui ont l'équité comme but premier ont tendance à s'y attaquer en aval, soit en visant à améliorer les compétences d'adaptation et le soutien social des individus vulnérables. Il semblerait y avoir un compromis entre l'intérêt accordé à l'équité dans l'intervention et la qualité des données probantes disponibles. L'étude sur le logement en est un exemple marquant. Bien que son objectif d'aider les personnes vivant dans des conditions défavorables est explicite, l'étude fait également le lien entre les habitats défectueux et le bien-être psychosocial. Cette révélation n'était pas le centre d'intérêt prévu de l'étude, mais plutôt une retombée de la puissance de l'instrument utilisé pour mesurer le changement.

Analyse

Notre projet avait pour objectif le recensement des interventions offrant des preuves solides d'incidence positive sur la santé mentale des populations en général et sur l'équité en matière de santé en particulier. Nous présentons diverses constatations expliquant pourquoi si peu d'interventions axées sur la promotion de la santé mentale satisfont aux critères d'inclusion et nous proposons des moyens de combler cette lacune.

La première constatation est que plusieurs interventions ne ciblaient pas explicitement

TABLEAU 1
Exemples d'interventions visant la promotion de la santé mentale qui respectent les critères relatifs à l'équité en santé

Nom de l'intervention	Type	Pays	Contenu de l'équité en santé		
			Population ciblée	Objectifs et stratégies en matière d'équité en santé	Principaux résultats dans l'ensemble des grandes études
Fast Track[15]	Pratique prometteuse	États-Unis	Enfants de familles vivant dans des contextes socioéconomiques désavantagés; élèves d'écoles à risque élevé	Programme d'enseignement en classe qui vise l'élaboration de concepts affectifs, la compréhension sociale et la maîtrise de soi chez les enfants; groupes de formation des parents conçus pour promouvoir l'établissement de relations positives entre la famille et l'école et pour enseigner aux parents des aptitudes en gestion comportementale; visites à domicile visant à améliorer les aptitudes à résoudre des problèmes, l'auto-efficacité et la maîtrise de la dynamique de la vie chez les parents; groupes de développement des aptitudes sociales des enfants; tutorat d'enfants; amélioration des liens amicaux entre les enfants dans la classe.	Amélioration des comportements parentaux, renforcement des aptitudes sociocognitives des enfants, mise en valeur des relations avec les pairs, renforcement des compétences scolaires et amélioration de l'écologie sociale en classe; réduction des comportements agressifs et des comportements délinquants, des arrestations de jeunes et d'adultes, des problèmes de toxicomanie et des comportements sexuels risqués.
Nurse Family Partnership[16]	Pratiques exemplaires	Canada	Nouvelles mères à faible revenu (au moment de la grossesse jusqu'à deux ans après l'accouchement)	Visites à domicile pour aider les femmes à entrer en contact avec les services de santé et les services sociaux nécessaires, encourager la prise de bonnes décisions en matière de développement personnel, faire des choix santé pendant la grossesse, donner de bons soins à leurs enfants et améliorer la santé et le développement de leurs enfants, établir des relations d'entraide avec la famille et les amis et devenir économiquement indépendantes.	Renforcement du sentiment de maîtrise et d'autosuffisance chez la mère; diminution du nombre de cas de blessures et de mauvais traitement chez les enfants; baisse du nombre de grossesses subséquentes et augmentation des intervalles entre les naissances; amélioration de la santé prénatale; diminution de la fréquence de la consommation de cigarettes; amélioration des indicateurs scolaires chez l'enfant; diminution de la consommation d'alcool et de drogues chez les enfants au moment du suivi.
Infant Health and Development Program[17]	Pratiques exemplaires	États-Unis	Femmes socialement isolées à faible revenu et adolescents ayant un faible poids à la naissance, nourrissons prématurés	Réduire les problèmes de santé et de développement des nourrissons en fournissant des évaluations sur le plan médical, développemental et social, un aiguillage vers des services de santé et des services sociaux, des visites à domicile, l'inscription à un centre de développement de l'enfant et des réunions de groupes de parents.	Influences positives des habiletés motrices, cognitives et comportementales des enfants, particulièrement chez ceux provenant de familles plus à risque et ceux nés avec un poids « plus élevé » dans la plage du faible poids. Effets positifs sur le taux d'emploi, le stress et les symptômes de dépression déclarés chez les mères.
Family Spirit[18]	Méthodes autochtones éprouvées	États-Unis	Mères adolescentes amérindiennes et leurs enfants	Fourniture d'un programme de visites à domicile adapté à la culture et axé sur les forces afin de renforcer les compétences parentales, de réduire les risques psychosociaux et comportementaux chez la mère et de promouvoir l'ajustement émotionnel et social sain chez le nourrisson et le tout-petit.	Amélioration des connaissances parentales, du lieu de contrôle, des symptômes dépressifs et des comportements d'extériorisation; diminution des comportements d'extériorisation, d'intériorisation et de dysrégulation.
Housing, Insulation and Health Study[19]	Pratique prometteuse	Nouvelle-Zélande	Occupants de logements non isolés dans des collectivités à faible revenu	Installer de l'isolant dans des maisons existantes.	Amélioration de l'autoévaluation de la santé; réduction des symptômes d'asthme et de la respiration sifflante autodéclarés; diminution du nombre de jours d'absentéisme à l'école et au travail; diminution du nombre de visites à des cabinets de médecins praticiens.

les disparités en matière de santé, que ce soit dans les activités de mise en œuvre, la mesure de leurs répercussions ou les deux. Ces interventions n'ont donc pas pu être considérées comme axées sur l'équité, même si un grand nombre d'entre elles montraient des avantages potentiels pour les populations vulnérables. Il est nécessaire que les interventions soient axées explicitement sur l'équité en santé, et ce, dès le début.

Par exemple, une intervention prometteuse ciblait les décrocheurs potentiels du secondaire afin d'évaluer l'efficacité de l'approche en matière de prévention du suicide connue sous le nom de CAST (Copy and Support Training, soit Formation en habiletés d'adaptation et soutien). L'étude a fait état de résultats positifs pour les adolescents vulnérables visés par

l'intervention (par rapport aux soins habituels) et incluait des stratégies pour réduire l'exposition disproportionnée à des facteurs nuisibles pour la santé, tels que les idées suicidaires et la consommation de drogues. Toutefois, elle n'a pas pu être considérée comme axée sur l'équité[20].

Les raisons en sont diverses. Même si elle visait explicitement les jeunes vulnérables – utilisant les « décrocheurs potentiels du secondaire » comme marqueur du risque de suicide – l'étude n'abordait pas directement les conditions sous-jacentes des avantages ou des désavantages. Dans la mesure où des données comme l'âge, le sexe et l'identité ethnique ont été recueillies (pour obtenir un échantillonnage aléatoire), l'étude aurait pu explorer les interactions possibles et les facteurs contextuels liés au risque de décrochage du secondaire ou de suicide. Dans sa présentation des résultats, l'étude a révélé des différences associées au sexe dans les effets des interventions, mais ces sous-analyses ne relevaient pas d'un objectif d'analyse intentionnelle de l'équité[21].

Du point de vue de la prévention du suicide, le protocole CAST s'est révélé prometteur chez les jeunes du secondaire. Du point de vue de l'équité, l'étude pourrait également avoir amélioré les opportunités de vie des jeunes vulnérables en augmentant leur probabilité d'obtenir un diplôme d'études secondaires. L'intervention aurait pu reconnaître de façon plus explicite le décrochage du secondaire comme une « condition de désavantage », étant donné la possibilité d'exploration des avantages (indirects) de la persévérance scolaire.

Cette étude d'évaluation constitue un cas de figure apte à démontrer la différence que peut apporter l'intégration explicite de l'équité, que ce soit dans la mise en œuvre ou dans l'efficacité des interventions en santé mentale.

La deuxième constatation est que même si de nombreuses interventions ont ciblé l'équité en santé, les méthodes d'évaluation des répercussions ne respectaient pas les normes usuelles de rigueur et de reproductibilité. Par exemple, les interventions ont obtenu de faibles notes pour ce qui est de la « qualité des données probantes » car elles n'ont pas fait mention de la taille et de la répartition démographique de l'échantillon participant à une intervention, ou lorsqu'un « groupe témoin » comparable était écarté. De faibles notes ont aussi été obtenues lorsque les interventions n'incluaient pas de mesures des résultats objectives ou validées ou ne suivaient pas un nombre adéquat de participants au fil du temps. Les interventions doivent fournir des données descriptives de base et utiliser des groupes témoins comparables (si c'est possible) afin d'améliorer la validité de leurs conclusions.

La tension entre les normes en matière de données probantes en sciences de la santé et les données probantes obtenues dans des expériences naturelles ou sociales n'est pas nouvelle[22]. Les efforts déployés pour combler cette tension démontrent une tendance globale en faveur des interventions contrôlées[23]. De ce fait, il a été plus difficile d'inclure des interventions en santé mentale qui visaient à intervenir à des niveaux multiples ou à influencer les résultats de santé indirectement (par exemple au moyen de changements de l'environnement bâti). Plus l'intervention était faite « en amont », plus il était difficile de contrôler une variable isolée ou de définir et de suivre un « groupe témoin ». Les environnements humains sont fluides et comportent de multiples dimensions, ce qui rend plus difficile, même si ce n'est pas impossible, de répondre à une norme rigoureuse en matière de données probantes en sciences de la santé.

Cette impasse en matière de données probantes doit être résolue. Des exemples novateurs d'interventions « intermédiaires » ont le potentiel d'offrir des bienfaits pour la santé aux plus vulnérables[14]. Les organismes de financement et les bénéficiaires des financements expérimentent actuellement comment obtenir des données probantes pertinentes en matière de répercussions sur l'équité, ce qui fait de ces innovations une source d'enseignement profitable.

Par exemple, certains facteurs contextuels (comme le leadership et l'état de préparation au changement) font souvent partie intégrante de l'efficacité des interventions en santé mentale à l'échelle de la population. Pour en rendre compte adéquatement, les chercheurs dans le domaine des interventions doivent adopter des échelles validées aptes à surveiller et mesurer le changement. Toutefois, une diversité dans les instruments validés demeure nécessaire pour étudier les répercussions des interventions sur des phénomènes complexes comme la santé mentale, afin que les données probantes produites soient considérées comme fiables et que les interventions connexes soient largement reproductibles.

En 2016, l'ASPC a publié *Vers l'équité en santé : un outil pour élaborer des interventions en santé publique tenant compte de l'équité*[24] afin d'encourager de façon plus large l'équité en santé dans les pratiques en santé publique. Ce diagramme abrégé et son texte d'accompagnement offrent des pistes de réflexion en matière d'équité en santé, tant dans la conception que dans la mise en œuvre des interventions en santé auprès des populations.

Conclusion

Le but de cet examen était de fournir des exemples d'interventions en santé mentale des populations pour améliorer l'équité en santé qui étaient bien conçues et avaient été mises en œuvre. Quoique peu d'exemples aient été trouvés, les auteurs croient qu'en appliquant invariablement trois méthodes fondées sur les données probantes, les personnes responsables de mettre en œuvre des expériences sociales et d'autres interventions complexes peuvent améliorer la validité de leurs résultats ainsi que leur capacité à apporter une contribution à ce domaine important.

Remerciements

Les auteures tiennent à souligner les commentaires précieux fournis par le Dr Bernard Choi, chercheur scientifique principal, et Albert Kwan, analyste principal des politiques, de l'Agence de la santé publique du Canada.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteures et avis

NJ a conçu le projet en collaboration avec le Propel Centre for Population Health Impact. AF a contribué à la sélection des interventions et à l'analyse et l'interprétation des données. AS a rédigé le premier brouillon, avec la participation de toutes les auteures, et a révisé le manuscrit après avoir fourni un contenu intellectuel et un examen critique. Toutes les auteures ont contribué à la discussion sur les résultats.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les

auteures et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Jackson B, Huston P. Advancing health equity to improve health: the time is now. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2016;36(2):17-20.

2. Jessiman-Perreault G, McIntyre L. The household food insecurity gradient and potential reductions in adverse population mental health outcomes in Canadian adults. SSM-Population Health. 2017;3:464-72.

3. Kidd SA, Gaetz S, O'Grady B. The 2015 National Canadian Homeless Youth Survey: Mental Health and Addiction Findings. Can J Psychiatry. 2017;62(7): e493-500. doi : 10.1177/0706743717702076.

4. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. BMC Public Health. 2015;15:525.

5. Schwan K, Kidd S, Gaetz S, et al. (2017). Mental Health Care for Homeless Youth: A Proposal for Federal, Provincial, and Territorial Leadership, Coordination, and Targeted Investment. Toronto, Canadian Observatory on Homelessness Press.

6. Santé Canada. Portail canadien des pratiques exemplaires [Internet]. Ottawa : Santé Canada. En ligne à : http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/publicat/hpcdp-pspmc/36-2/index-fra.php

7. Frank J, Bromeley C, Doi L, et al. Seven key investments for health equity across the lifecourse: Scotland versus the rest of the UK. Soc Sci Med. 140(2015):e136-146.

8. Felitti, VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. Am J Prev Med. 1998;14(4): 245-258.

9. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf (no de cat. HP35-56/2015F-PDF)

10. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Infobase de la santé publique, Le suicide au Canada – Contexte actuel, 2016 [Internet]. Ottawa : ASPC; 2016. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/suicide-canada-infographique.html

11. Statistique Canada. Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge. Tableau 13-10-0394-01 (anciennement CANSIM 102-0561). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request_locale=fr

12. Institut canadien d'information sur la santé. Blessures auto-infligées chez les jeunes au Canada. Institut canadien d'information sur la santé; 2014. En ligne à : https://www.cihi.ca/sites/default/files/info_child_harm_fr.pdf

13. Skinner R, Irvine B, Williams G, et al. Aperçu – Une analyse contextuelle des indicateurs de surveillance du suicide. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(8):281-284. doi : 10.24095/hpcdp.37.8.05f.

14. Frankish CJ, Kwan B, Gray DE, et al. Rapport d'étape – Recenser les interventions axées sur l'équité visant à promouvoir un poids santé. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(2):103-110. doi: 10.24095/hpcdp.37.3.05f.

15. Conduct Problems Prevention Research Group. The effects of the fast track preventative intervention on the development of conduct disorder across childhood. Child Dev. 2001;82(1): 331-345.

16. Olds DL, Hill PL, O'Brien R. Taking preventive intervention to scale: the nurse-family partnership. Cogn Behav Pract. 2003;10 : 278-290.

17. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Buka SL, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the infant health and development program. Pediatrics. 2006;117(3):771-780.

18. Mullany B, Barlow A, Neault N, et al. The family spirit trial for American Indian teen mothers and their children: CBPR rationale, design, methods and baseline characteristics. Am J Psychiatry. 2012:13;504-518.

19. Howden-Chapman P, Matheson A, Crane J, et al., Effect of insulating existing houses on health inequality: Cluster randomised study in the community. BMJ. 2007;334(7591):460.

20. Agence de la santé publique du Canada. CAST Formation en habiletés d'adaptation et soutien (Coping and Support Training) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; [modifié le 29 mai 2016]. En ligne à : http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/ppractice/cast-coping-and-support-training/

21. Thompson EA, Eggert LL, Randell, BP, et al. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. Am J Public Health. 2001;91(5):742-752.

22. Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. Eval Health Prof. 2006;29(1): 126-153.

23. Glasgow RE, Green LW, Klesges LM, et al. External validity: we need to do more. Ann Behav Med. 2006;31(2): 105-108.

24. Agence de la santé publique du Canada. Vers l'équité en santé : un outil pour élaborer des interventions en santé publique tenant compte de l'équité. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. No au catalogue : HP35-64/1-2015F-PDF.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.05f

Aperçu

Quel est l'état de santé des Canadiens? Brève mise à jour

Comité directeur des IMCC*

Diffuser cet article sur Twitter

Présentation

Le présent aperçu vise à mettre à jour un certain nombre de résultats clés tirés du rapport de 2016 « Quel est l'état de santé des Canadiens? »[1] en utilisant les données de la plus récente version (2018) des Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC; tableau 1). Le rapport de 2016 examinait les tendances liées aux quatre maladies chroniques majeures (maladies cardiovasculaires [MCV][†], cancer, maladies respiratoires chroniques [MRC][‡] et diabète) et quatre facteurs de risque sous-jacents (tabagisme, inactivité physique, mauvaise alimentation et consommation nocive d'alcool) qui sont les fondements du Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [*Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*][2]. Le rapport de 2016 traitait aussi des troubles anxieux ou de l'humeur en raison de l'impact considérable de ces maladies sur la santé des Canadiens. Par conséquent, la présente mise à jour n'est pas axée sur tous les résultats des IMCC de 2018 indiqués dans le tableau 1, mais se concentre plutôt sur des éléments d'intérêt particuliers, notamment les expériences de morbidité et la mortalité des Canadiens vivant avec ces maladies chroniques majeures ainsi que les facteurs de risque connexes. Les résultats rapportés sont fondés sur les quatre sources de données suivantes : le Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC); l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC); l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé; et les Statistiques de l'état civil – Base canadienne de données sur les décès.

Principales constatations

Mortalité

Alors que le taux de mortalité associé aux quatre maladies chroniques majeures a diminué du tiers sur une période de 18 ans (passant de 663/100 000 en 1998 à 441/100 000 en 2015; taux de mortalité normalisés selon l'âge), la diminution la plus importante a été observée pour les MCV (près de 50 %). Néanmoins, les MCV sont toujours la seconde cause de mortalité en importance au Canada (196/100 000; taux brut de mortalité) après le cancer (215/100 000; taux brut de mortalité), représentant 27 % et 29 % de tous les décès en 2015, respectivement. En outre, la probabilité de mourir entre 30 et 69 ans (c.-à-d. mortalité prématurée) de l'une des 4 maladies chroniques majeures a diminué de près du tiers pendant la même période (passant de 14,9 % en 1998 à 10,2 % en 2015). Bien qu'il s'agisse d'un résultat positif, il reste encore beaucoup de travail à faire puisque les décès dus à ces maladies chez les Canadiens de ce groupe d'âge sont souvent évitables.

Morbidité

Un adulte canadien sur trois (33,7 %) est atteint d'au moins une des maladies chroniques suivantes : MCV; cancer; MRC; diabète; troubles anxieux ou de l'humeur. Plus précisément, en 2015-2016, environ 2,4 millions de Canadiens vivaient avec une cardiopathie ischémique et environ 800 000 Canadiens vivaient avec les conséquences d'un accident vasculaire cérébral, deux formes communes de MCV. Environ 2,2 millions de Canadiens ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de cancer. De plus, 2,1 millions de Canadiens vivaient avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), une des MRC les plus fréquentes, et 3,1 millions de Canadiens souffraient de diabète. Enfin, 3,9 millions de Canadiens ont affirmé avoir déjà reçu un diagnostic de troubles anxieux ou de l'humeur en 2016[§]. À l'opposé de la plupart des maladies chroniques dont la fréquence augmente avec l'âge, les troubles anxieux ou de l'humeur sont particulièrement présents au sein de la population en âge de travailler (20 à 64 ans).

Le nombre de personnes vivant avec ces maladies chroniques continue d'augmenter en raison du vieillissement ainsi que de la croissance de la population canadienne et du fait que les gens vivent plus longtemps avec ces maladies grâce aux progrès réalisés en matière de traitement et de gestion des patients (figure 1). D'un autre côté, le taux de nouveaux cas diagnostiqués chaque année pour la plupart des maladies diminue lentement, sauf en ce qui concerne le diabète, pour lequel on a observé une plus grande variation des tendances[**]. La majorité des maladies chroniques touchent les hommes et les femmes différemment, certaines étant assurément plus

* Brenda Branchard, Paromita Deb-Rinker, Alejandra Dubois, Pam Lapointe, Siobhan O'Donnell, Louise Pelletier (présidente), Gabriela Williams.

† Les MCV comprennent la cardiopathie ischémique, l'insuffisance cardiaque et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

‡ Les MRC comprennent la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'asthme.

§ Cette estimation diffère de celle indiquée dans le rapport « Quel est l'état de santé des Canadiens? », car le rapport de 2016 a utilisé les données du SCSMC (c.-à-d. l'utilisation annuelle des services de santé pour les troubles anxieux et de l'humeur), alors que les IMCC ont utilisé les données de l'ESCC (c.-à-d. les troubles de l'anxiété ou de l'humeur diagnostiqués autodéclarés).

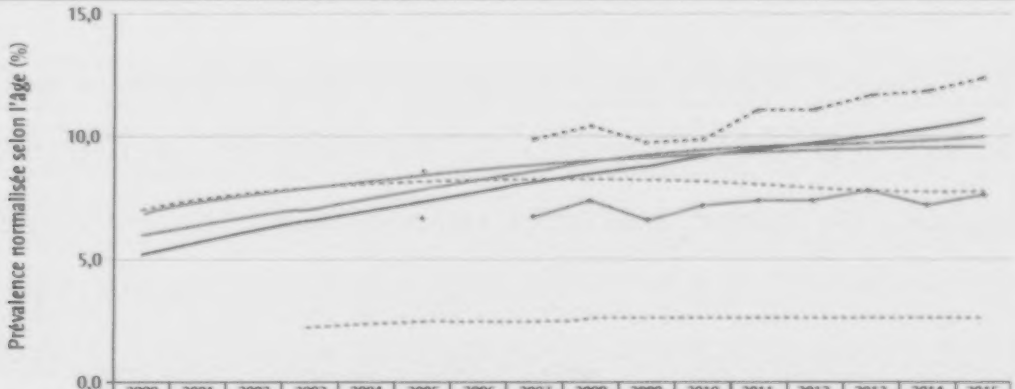
** Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas par année) fondé sur les données du SCSMC peut indiquer un changement réel dans l'état de santé de la population, mais peut aussi refléter une évolution des méthodes de collecte des données, des systèmes de codage ou de classification, des pratiques cliniques, des méthodes de facturation, etc.

Rattachement des auteures :

Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Louise Pelletier, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA 6806A, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-960-5339; courriel : louise.pelletier2@canada.ca

FIGURE 1
Prévalence normalisée selon l'âge (%) des maladies chroniques majeures chez les Canadiens âgés de 20 ans et plus, Canada, 2000 à 2015



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé) (20+)						6,7		6,8	7,5	6,7	7,2	7,5	7,4	7,8	7,2	7,6
Asthme (20+)	5,2	5,7	6,2	6,6	7,0	7,4	7,8	8,2	8,5	8,8	9,2	9,5	9,8	10,1	10,4	10,8
Maladie pulmonaire obstructive chronique (35+)	7,0	7,4	7,7	8,0	8,2	8,4	8,6	8,8	9,0	9,2	9,3	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6
Diabète (20+)	6,0	6,4	6,8	7,1	7,5	7,9	8,3	8,6	8,9	9,2	9,4	9,6	9,7	9,8	9,9	10,1
Cardiopathie ischémique (20+)	7,1	7,5	7,8	8,0	8,1	8,2	8,3	8,3	8,3	8,3	8,2	8,1	8,0	7,9	7,9	7,8
Accident vasculaire cérébral (20+)				2,3	2,4	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Troubles de l'humeur ou les troubles anxieux (20+)						8,6		10,0	10,4	9,9	10,0	11,1	11,2	11,7	11,9	12,4

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle, 2005 à 2015; Système canadien de surveillance des maladies chroniques, 2000-2001 à 2015-2016.

Remarques : Les statistiques sur le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé) et les troubles anxieux ou de l'humeur sont fondées sur des données autodéclarées et présentées par année civile; pour toutes les autres maladies et affections, les statistiques sont fondées sur des données administratives et sont présentées par exercice financier.

fréquentes chez les hommes (comme les cardiopathies ischémiques) et d'autres chez les femmes (comme les troubles anxieux ou de l'humeur). Dans l'ensemble, les femmes tendent à adopter de meilleurs comportements en matière de santé que les hommes, sauf en ce qui concerne l'activité physique, dont le niveau est bas pour tous les Canadiens. D'un autre côté, les femmes vivent plus longtemps et l'âge est un des principaux facteurs de risque non modifiables associés aux maladies chroniques.

Facteurs de risque comportementaux

Comme le mentionnait le rapport de 2016, sauf en ce qui a trait au tabagisme, le Canada continue d'observer une forte prévalence des facteurs de risque évitables associés aux maladies chroniques (inactivité physique [62,4 % pour les enfants et les jeunes et 82,5 % pour les adultes], mauvaise alimentation [70 % pour les Canadiens âgés de 12 ans et plus] et consommation nocive d'alcool [15,2 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus]). En 2016, 84,9 % des adultes canadiens déclaraient présenter au moins un de ces facteurs de risque comportementaux.

Les maladies chroniques se développent généralement pendant de nombreuses années, voire des décennies. Il est donc très important que les enfants et les jeunes canadiens adoptent des comportements sains dès leur plus jeune âge. Malheureusement, seulement 1 enfant sur 10 (9,5 %) âgé entre 5 et 17 ans respecte les récentes Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des enfants et des jeunes relativement à l'activité physique, au comportement sédentaire et au sommeil[5]. De plus, seulement 1 enfant ou jeune sur 3 (37,6 %) respecte les Directives canadiennes en matière d'activité physique[11], ce qui indique que des efforts doivent encore être déployés pour augmenter les activités ainsi que le soutien aux sports et loisirs, au transport actif et à l'activité physique à l'école.

Conclusion

Depuis la publication du rapport de 2016, les tendances relatives à la mortalité globale et prématurée ont continué de diminuer à une vitesse variable pour les quatre principales maladies chroniques. Cependant, le nombre de Canadiens vivant avec au moins une de ces maladies chroniques continue d'augmenter, représentant un lourd fardeau pour la santé des Canadiens et le système de soins de santé. Les maladies chroniques traitées dans la présente mise à jour constituent les principales causes de décès et de morbidité au Canada et pourraient être évitées en grande partie en nous attaquant seulement à quelques facteurs de risque courants. Les modes de vie sains, la prévention et la bonne gestion des maladies chroniques sont tous nécessaires afin d'assurer que les Canadiens puissent vivre une vie longue, saine et exempte de maladies.

Conflits d'intérêts

Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Contributions des auteures et avis

LP a présidé le Comité directeur et a rédigé l'ébauche de l'aperçu, BB a géré le projet et analysé les données, PDR, PL, SO et GW ont analysé et interprété les données et toutes les coauteures ont revu et révisé l'aperçu.

[11] Les nouvelles Directives canadiennes en matière d'activité physique de 2016 recommandent que les enfants et les jeunes fassent au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée (APIME) par jour en moyenne par semaine (mais pas nécessairement tous les jours), alors que les directives précédentes recommandaient 60 minutes d'APIME au moins 6 jours par semaine. Cette modification des directives a permis à un plus grand pourcentage d'enfants et de jeunes d'atteindre le niveau d'activité physique recommandé (37,6 % par opposition à 9,1 % auparavant).

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Quel est l'état de santé des Canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2016. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/quel-est-l-etat-sante-des-canadiens.html

2. Organisation mondiale de la Santé. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2013. En ligne à : http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/ [en anglais seulement].

3. Société canadienne de physiologie de l'exercice. Directives canadiennes en matière de mouvements sur 24 heures pour les enfants et les jeunes : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société canadienne de physiologie de l'exercice; 2016. En ligne à : https://indd.adobe.com/view/7197c3fc-0a7b-4298-81ec-d048b49752b6

TABLEAU 1

INDICATEURS DES MALADIES CHRONIQUES AU CANADA

STATISTIQUES RAPIDES, ÉDITION 2018

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES[a]	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX			
Éducation	% de la population déclarant ne pas avoir terminé ses études secondaires, population de 20 ans et plus	12,2 %	ESCC (2016)
Revenu	% de la population vivant sous les seuils de faible revenu après impôt, population totale	8,1 %	ECR (2016)
Pauvreté chez les enfants	% d'enfants vivant sous les seuils de faible revenu après impôt, population de moins de 18 ans[b]	7,1 %	ECR (2016)
Emploi	Taux de chômage annuel moyen (% de la population ne travaillant pas pendant la période de référence), population de 15 ans et plus	6,3 %	EPA (2017)
Sentiment d'appartenance à la communauté	% de la population déclarant éprouver un sentiment d'appartenance « très fort » ou « plutôt fort » à sa communauté locale, population de 12 ans et plus	68,8 %	ESCC (2016)
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION POUR LA SANTÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS			
Diabète pendant la grossesse	Taux de femmes enceintes ayant un diabète diagnostiqué (gestationnel ou préexistant)	90,5 par 1 000 naissances totales[c]	BDCP (2016)
Hypertension pendant la grossesse	Taux de femmes enceintes ayant une hypertension diagnostiquée (gestationnelle ou préexistante)	68,2 par 1 000 naissances totales[c]	BDCP (2016)
Poids de la mère pendant la grossesse	% de femmes déclarant un gain de poids pendant la grossesse supérieur aux recommandations de Santé Canada	42,8 %[d]	ESCC (2016)
Naissance prématurée	% de nouveau-nés vivants dont l'âge gestationnel n'atteint pas 37 semaines révolues	8,7 par 100 naissances vivantes	BDCP (2016)
Allaitement maternel	% de femmes déclarant avoir nourri leur enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois ou plus, femmes de 15 ans et plus	80,9 %	ESCC (2016)
Exposition à la fumée secondaire	% des ménages avec enfants de moins de 15 ans déclarant que les enfants sont régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison	2,8 %	ECTAD (2015)
Violence familiale	% de la population déclarant avoir subi au moins une fois avant l'âge de 15 ans tout type d'agression physique ou sexuelle et/ou d'exposition à la violence par un adulte (18 ans et plus)[e], population de 15 ans et plus	34,1 %[f]	ESG (2014)
FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION COMPORTEMENTAUX			
Mouvement sur 24 heures	% d'enfants et de jeunes qui suivent les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures à l'intention des enfants et des jeunes, population de 5 à 17 ans	9,5 %	ECMS (2014 à 2015)
Activité physique	% d'enfants et de jeunes qui suivent les recommandations en matière d'activité physique en pratiquant au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque jour (donnée mesurée), population de 5 à 17 ans	17,6 %[g]	ECMS (2014 à 2015)
	% d'adultes qui suivent les recommandations en matière d'activité physique en pratiquant au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque semaine, en séances de 10 minutes ou plus (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	17,5 %	ECMS (2014 à 2015)
Comportement sédentaire	% d'enfants et de jeunes déclarant suivre les recommandations en matière de comportement sédentaire en consacrant moins de deux heures de loisir par jour à regarder la télévision ou à utiliser un ordinateur, population de 5 à 17 ans	38,5 %[g]	ECMS (2014 à 2015)
Sommeil	% de la population déclarant dormir le nombre d'heures recommandées chaque jour, population de 5 ans et plus	65,5 %	ECMS (2014 à 2015)
Alimentation	% de la population déclarant consommer des fruits et des légumes au moins 5 fois par jour, population de 12 ans et plus	30,0 %	ESCC (2016)
	% d'enfants et de jeunes déclarant boire des boissons sucrées tous les jours, population de 5 à 17 ans	16,0 %	ECMS (2014 à 2015)
Stress chronique	% de la population déclarant que la vie est « assez » ou « extrêmement » stressante la plupart des jours au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus	21,5 %	ESCC (2016)
Consommation d'alcool	% de la population déclarant boire davantage d'alcool que ce que préconisent les directives de consommation d'alcool à faible risque à long terme, population de 15 ans et plus	15,2 %	ECTAD (2015)
Tabagisme	% de la population déclarant fumer (quotidiennement ou occasionnellement), population de 15 ans et plus	13,0 %	ECTAD (2015)
Consommation de drogues	% de la population déclarant avoir consommé du cannabis au moins une fois par semaine au cours des trois derniers mois, population de 15 ans et plus	5,2 %	ECTAD (2015)
Prévalence des principaux facteurs de risque de maladie chronique	% de la population déclarant présenter au moins un des quatre principaux facteurs de risque de maladie chronique (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation et consommation nocive d'alcool), population de 20 ans et plus	84,9 %	ESCC (2016)

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES[1]	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
FACTEURS DE RISQUE INTERMÉDIAIRES			
Obésité	% d'enfants et de jeunes qui sont obèses (donnée mesurée), population de 5 à 17 ans	13,1 %	ECMS (2014 à 2015)
	% d'adultes qui sont obèses (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	28,1 %	ECMS (2014 à 2015)
Glycémie élevée	% de la population ayant une glycémie élevée[2] (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	4,1 %	ECMS (2014 à 2015)
Cholestérol sanguin élevé	% de la population ayant un taux élevé[3] de cholestérol (ratio cholestérol total sur cholestérol LHD [CT:C LHD]) (donnée mesurée), population de 18 ans et plus	18,7 %	ECMS (2014 à 2015)
Hypertension	% de la population avec hypertension diagnostiquée, population de 20 ans et plus	25,4 %	SCSMC (2015-16)[4]
PRATIQUES PRÉVENTIVES			
Contact avec un professionnel de la santé	% de la population déclarant avoir un fournisseur habituel de soins de santé, population de 12 ans et plus	84,2 %	ESCC (2016)
	% de la population déclarant avoir consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus	69,1 %	ESCC (2016)
Dépistage des maladies	% de femmes déclarant avoir eu au moins 1 mammographie au cours des 5 dernières années, population de 50 à 74 ans	83,5 %	ESCC (2012)
	% de femmes déclarant avoir eu au moins 1 test PAP au cours des 3 dernières années, population de 25 à 69 ans	79,7 %	ESCC (2012)
	% de la population déclarant avoir eu au moins 1 test de recherche de sang occulte dans les selles, une coloscopie ou une sigmoïdoscopie au cours de la période recommandée, population de 50 à 74 ans	51,1 %	ESCC (2012)
Vaccination (grippe)	% de la population atteinte d'un problème d'une maladie chronique[5] déclarant avoir reçu un vaccin antigrippal saisonnier au cours des 12 derniers mois, population de 12 ans et plus	47,0 %	ESCC (2016)
ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL ET IMPACTS SUR LA SANTÉ			
Santé générale	% de la population déclarant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé, population de 12 ans et plus	60,9 %	ESCC (2016)
	% de la population déclarant avoir une « très bonne » ou une « excellente » santé mentale, population de 12 ans et plus	68,5 %	ESCC (2016)
	Espérance de vie à la naissance	83,3 ans	SCSMC (2013-14 à 2015-16)
	Espérance de vie à 65 ans	21,8 ans	SCSMC (2013-14 à 2015-16)
	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à la naissance	71,9 ans	SCSMC (2013-14 à 2015-16)
	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé à 65 ans	16,6 ans	SCSMC (2013-14 à 2015-16)
Morbidité – prévalence	% de la population ayant un diabète diagnostiqué, population de 1 an et plus	8,6 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population déclarant avoir un diagnostic de maladies cardiovasculaires (maladie cardiaque ou accident vasculaire cérébral), population de 20 ans et plus	6,2 %	ESCC (2016)
	% de la population ayant une cardiopathie ischémique diagnostiquée, population de 20 ans et plus	8,5 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population ayant une insuffisance cardiaque diagnostiquée, population de 40 ans et plus	3,7 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population ayant subi un accident vasculaire cérébral diagnostiqué, population de 20 ans et plus	2,8 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population ayant de l'asthme diagnostiqué, population de 1 an et plus	11,4 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique diagnostiquée, population de 35 ans et plus	10,2 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population déclarant avoir déjà reçu un diagnostic de cancer, population de 12 ans et plus	7,2 %	ESCC (2016)
	% de la population déclarant avoir déjà eu des symptômes compatibles avec au moins une des six maladies mentales ou troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives[6], population de 15 ans et plus	33,3 %	ESCC SM (2012)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux, population de 12 ans et plus	12,9 %	ESCC (2016)
	% de la population ayant une démence diagnostiquée, y compris la maladie d'Alzheimer, population de 65 ans et plus	6,9 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population ayant de l'ostéoarthrite diagnostiquée, population de 20 ans et plus	13,7 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population ayant de l'ostéoporose diagnostiquée, population de 40 ans et plus	11,9 %	SCSMC (2015-16)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins une des cinq maladies chroniques communes[7], population de 20 ans et plus	33,7 %	ESCC (2016)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins une des 10 maladies chroniques communes[8], population de 20 ans et plus (Nouveau)	44,2 %	ESCC (2016)
Multimorbidité	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins deux des cinq maladies chroniques communes[7], population de 20 ans et plus	8,9 %	ESCC (2016)
	% de la population déclarant avoir reçu un diagnostic d'au moins deux des 10 maladies chroniques communes[8], population de 20 ans et plus	18,3 %	ESCC (2016)

GROUPE D'INDICATEURS	MESURE(S) D'INDICATEUR	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES[a]	SOURCE DE DONNÉES (ANNÉE)
Morbidité — incidence	Taux de cas de diabète nouvellement diagnostiqués, population de 1 an et plus	595,4 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas de cardiopathie ischémique nouvellement diagnostiqués, population de 20 ans et plus	591,8 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas d'infarctus aigu du myocarde nouvellement diagnostiqués, population de 20 ans et plus	216,8 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas d'insuffisance cardiaque nouvellement diagnostiqués, population de 40 ans et plus	541,0 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas d'asthme nouvellement diagnostiqués, population de 1 an et plus	464,8 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas de maladie pulmonaire obstructive chronique nouvellement diagnostiqués, population de 35 ans et plus	818,2 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas de cancer nouvellement diagnostiqués, population totale	563,6 par 100 000[f]	RCC/SNDCC (2017)
	Taux de cas de démence, y compris la maladie d'Alzheimer, nouvellement diagnostiqués, population de 65 ans et plus	1372,6 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de cas d'ostéoarthrite nouvellement diagnostiqués, population de 20 ans et plus	877,7 par 100 000	SCSMC (2015-16)
	Taux de fractures de la hanche nouvellement diagnostiqués, population de 40 ans et plus	146,6 par 100 000	SCSMC (2015-16)
Incapacité	% de la population déclarant être limitée « parfois » ou « souvent » dans ses activités en raison de problèmes de santé ou d'une maladie, population de 12 ans et plus	32,7 %	ESCC (2014)
Mortalité	Taux de décès attribuables à une maladie chronique majeure (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète), population totale	478,0 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès attribuables au diabète, population totale	20,0 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, population totale	196,4 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès attribuables aux maladies respiratoires chroniques, population totale	46,5 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès attribuables au cancer, population totale	215,0 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès attribuables au suicide, population totale	12,3 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès attribuables à la démence, y compris la maladie d'Alzheimer, population totale	67,4 par 100 000	BCDECD (2015)
	Taux de décès dans les 12 mois suivant une fracture de la hanche, population de 40 ans et plus	227,5 par 1 000	SCSMC (2014-15)
Mortalité prématurée	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'une des maladies chroniques majeures (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires chroniques, diabète)	10,2 %	BCDECD (2015)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'une maladie cardiovasculaire	3,0 %	BCDECD (2015)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'un cancer	6,1 %	BCDECD (2015)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans d'une maladie respiratoire chronique	0,7 %	BCDECD (2015)
	Probabilité de mourir entre 30 et 69 ans du diabète	0,4 %	BCDECD (2015)

Abréviations : BCDECD, Statistiques de l'état civil – Base de données sur les décès; BDCP, Base de données sur les congés des patients; C-HHD, cholestérol à lipoprotéines de haute densité; CT, cholestérol total; ECMS, Enquête canadienne sur les mesures de la santé; ECR, Enquête canadienne sur le revenu; ECTAD, Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues; EPA, Enquête sur la population active; ESCC, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; ESCC SM, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes santé mentale; ESG, Enquête sociale générale; RCC, Registre canadien du cancer; SCSMC, Système canadien de surveillance des maladies chroniques; SNDCC, Système national de déclaration des cas de cancer.

Remarque : Indicateurs ou mesures pour lesquels les données ne sont pas disponibles : tabagisme prénatal, consommation prénatale d'alcool, troubles du développement (y compris le trouble du spectre de l'autisme [TSA] et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale [ETCAF]), soutien social, résilience, discrimination et stigmatisation et environnement bâti.

[a] Tous les taux figurant dans ce tableau sont bruts et sont fondés sur des données réelles, à moins d'indication contraire.

[b] Inclut tous les enfants de 0 à 17 ans vivant dans une famille économique et ne vivant pas dans une famille économique.

[c] Les naissances totales incluent les naissances vivantes et les mortinaissances.

[d] La méthode de calcul utilisée pour cet indicateur diffère de celle des éditions précédentes, les estimations ne sont pas directement comparables.

[e] L'agression physique comprend avoir été giflé/frappé/poussé/attrapé/bousculé/projeté/attaqué physiquement au moins une fois par un adulte (18 ans et plus); l'agression sexuelle comprend avoir été forcé ou presque forcé à avoir une activité sexuelle/touché contre sa volonté d'une manière sexuelle au moins une fois par un adulte (18 ans et plus); et l'exposition à la violence comprend avoir vu ou entendu ses parents ou tuteurs se frapper ou frapper un autre adulte (18 ans et plus). La définition de cet indicateur a changé; les estimations ne sont pas directement comparables aux estimations précédemment rapportées.

[f] Cet indicateur identifie les individus (à l'exception des femmes enceintes) avec un niveau élevé de cette condition à risque mesuré lors d'un prélèvement unique, sans toutefois tenir compte du statut diagnostique.

[g] Des données de l'ECMS existent pour cet indicateur. Elles présentent les taux pancanadiens d'hypertension artérielle selon le diagnostic.

[h] Les maladies chroniques incluent: le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé), le diabète, les maladies cardiovasculaires (maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux), les maladies respiratoires chroniques (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique).

[i] Les six troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances sont : épisode dépressif majeur, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée et abus/dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres substances.

[j] Les cinq principaux groupes de maladies chroniques sont le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé), le diabète, les maladies cardiovasculaires (maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux), les maladies respiratoires chroniques (asthme et maladie pulmonaire obstructive chronique) et les troubles anxieux et/ou de l'humeur.

[k] Les dix maladies chroniques sont les maladies du coeur, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer (ayant reçu un diagnostic dans le passé), l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer et autres démences, les troubles de l'humeur et/ou les troubles anxieux.

[l] Ces chiffres sont des projections pour 2017 fondées sur le fichier maître des totalisations du RCC d'août 2015 (données de 1992 à 2013) et le SNDCC (données de 1969 à 1991).

Citation suggérée : Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada. Statistiques rapides, édition 2018. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2018. #IMCC

Pour toutes questions ou commentaires, contactez-nous à : Infobase.aphac-aspc.gc.ca

Utilisez l'outil en ligne des Indicateurs des maladies chroniques au Canada afin de voir des ventilations additionnelles de données (p. ex. selon le sexe, tendances au fil du temps) : http://infobase.phac-aspc.gc.ca.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.10.06f

Avis de publication

Résultats 2017 du Programme canadien de surveillance pédiatrique

Diffuser cet article sur Twitter

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sont heureuses d'annoncer la diffusion des *Résultats 2017 du Programme canadien de surveillance pédiatrique*.

Le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) est un programme national de surveillance de la santé des enfants portant sur les maladies et les affections rares ou émergentes chez les enfants qui sont importantes sur le plan de la santé publique.

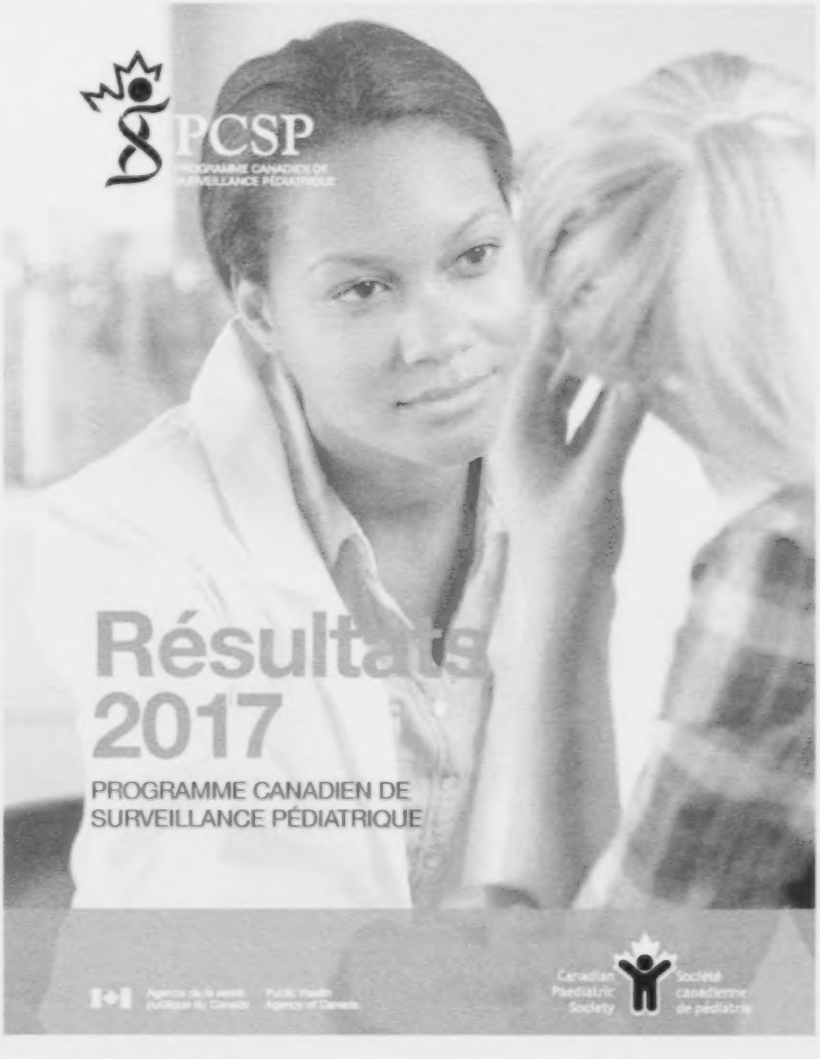
Ce rapport annuel résume les études et les sondages ponctuels du Programme qui ont été menés en 2017. Des études complètes ont été menées sur les sujets suivants : microcéphalie grave, syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika chez les nourrissons du Canada, graves blessures auto-infligées chez les jeunes devant être admis en soins intensifs, paralysie flasque aiguë (polio), effets indésirables graves des médicaments, troubles du comportement alimentaire restrictifs ou évitants, maladie de Lyme chez l'enfant, *Listeria* chez le nouveau-né et en début de vie, diabète non associé au type 1, maladie de Pompe, syndrome douloureux régional complexe, sensibilisation Rh.

Les sondages ponctuels menés en 2017 portaient sur les sujets suivants : cannabis à des fins médicales chez les enfants et les adolescents canadiens, réticence face à la vaccination et maladies évitables par la vaccination, gluconate de chlorhexidine antiseptique et lésions chimiques (incluant les brûlures) chez les nouveau-nés, soins aux enfants et aux adolescents des familles des militaires.

Le rapport contient aussi une mise à jour sur les développements internationaux dans les domaines de la surveillance, de la recherche et du transfert des connaissances sur les affections et les maladies pédiatriques rares, ainsi qu'une liste des publications et des présentations récentes sur les études en cours et antérieures du PCSP.

Le PCSP fournit un moyen novateur de cerner et d'obtenir des données sur des maladies et des affections rares auprès de plus de 2 500 participants. Le processus pour faire une demande de lancement d'une nouvelle étude ou d'un nouveau sondage est présenté en détail à l'adresse suivante : https://www.pcsp.cps.ca/apply-proposez/proposez-une-nouvelle-etude-ou-un-nouveau-sondage.

Les *Résultats du PCSP* sont publiés tous les ans depuis 1999. On peut les consulter à l'adresse suivante : https://www.pcsp.cps.ca/publications/resultats-annuels-du-pcsp.



Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2018.

Chernesky M, Jang D, Schweizer J, [...] **Severini A**, et al. HPV E6 oncoproteins and nucleic acids in neck lymph node fine needle aspirates and oral samples from patients with oropharyngeal squamous cell carcinoma. Papillomavirus Res. 2018;6:1-5. doi: 10.1016/j.pvr.2018.05.003.

Dai L, Chen Y, Sun W, **Liu S**. Association between hypertensive disorders during pregnancy and the subsequent risk of end-stage renal disease: a population-based follow-up study. J Obstet Gynaecol Can. 2018. doi: 10.1016/j.jogc.2018.01.022.

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators (including **Badawi A** and **Lang JJ**). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018;391(10136):2236-71. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.

Rao DP, Abramovici H, **Crain J**, **Do MT**, **McFaull S**, **Thompson W**. The lows of getting high: sentinel surveillance of injuries associated with cannabis and other substance use. Can J Public Health. 2018;109(2):155-163. doi: 10.17269/s41997-018-0027-8.

Smith LK, Morisaki N, Morken NH, Gissler M, **Deb-Rinker P**, **Rouleau J**, et al. An international comparison of death classification at 22 to 25 weeks' gestational age. Pediatrics. 2018;142(1): e20173324. doi: 10.1542/peds.2017-3324.

Zakaria D, **Shaw A**. The impact of multiple primary rules on cancer statistics in Canada, 1992 to 2012. J Registry Manag. 2018;45(1): 8-20.